



cardiologia negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

**41° Congresso ANMCO:
è tempo di bilanci!**

**FIC: considerazioni
agrodolci**

**Comunicazione WEB:
imperativo categorico!**

**Quando l'Ospedale
diventa fabbrica di
automobili**

**2010: odissea
nell'IPER - spazio**

**Diamo il cuore
per i Giovani**

Il cuore delle due Sicilie

Addio vecchia colonna!

**Memoria e profezia
in Gioacchino da Fiore**

**Bernini:
"la forma che fugge"**

Maggio • GIUGNO 2010 N° 175



Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.1 comma 1 DCB Firenze 1. In caso di mancato recapito inviare all'Ufficio di Firenze C.M.P. detentore del conto per la restituzione al mittente che si impegna a pagare la relativa tariffa.

AMICI DELL'ANMCO: ASTRAZENECA • BRISTOL - MYERS SQUIBB
BOEHRINGER INGELHEIM • PFIZER ITALIA • SANOFI - AVENTIS



Blitz 4 Qualità

ADERENZA ALLE LINEE GUIDA NELLA GESTIONE
DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE

Un grande **SUCCESSO!**

Per parlare del **Blitz 4 Qualità**
al **41° Congresso Nazionale ANMCO**
ti aspettiamo:

venerdì 21 maggio 2010
alla Main Session
“Gli Studi Clinici dell’ANMCO”

sabato 22 maggio 2010
alla Main Session
“Qualità delle cure: un obiettivo concreto”



In copertina opera di
Gian Lorenzo Bernini,
Apollo e Dafne,
1623



N. 175 - maggio/giugno 2010
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co - Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Francesco Maria Bovenzi
Pasquale Caldarola
Massimo Uguccioni

Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio
E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

ANMCO
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 - Fax 055/5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

Direttore Responsabile
Gennaro Santoro

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl

Stampa
Tipografia Il Bandino - Firenze

Progetto Grafico e Impaginazione
Studio V. Mirannalti

DAL PRESIDENTE

p.4

41° Congresso ANMCO:
è tempo di bilanci!
di Salvatore Pirelli

DALLA FIC

p.11

Federazione Italiana di Cardiologia: è
tempo di bilanci. Un bilancio agro - dolce
di Giuseppe Di Pasquale

DAL SITO WEB

p.15

La Comunicazione via WEB: una
necessità e una opportunità!
di Alessandra Chinaglia

EDITORIALE

p.18

Quando l'Ospedale rischia di
diventare una fabbrica di automobili
di Francesco Maria Bovenzi

DALLE AREE

AREA EMERGENZA - URGENZA

p.23

La terapia antitrombotica nelle
sindromi coronariche acute: la scelta
dei farmaci tra passato e futuro
valutando vantaggi e complicanze
di M. Lettino e G. Fradella

AREA INFORMATICA

p.25

La Clinica non può più fare a meno
dell'Informatica di Antonio Mantero

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

2010: odissea nell'IPER - spazio
di Andrea Rubboli



AREA NURSING

p.30

Cardionursing 2010: gli Infermieri si
confrontano
di G. Cassoni e L. Sabbadin

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

p.32
La IV Conferenza Nazionale
sulla Prevenzione delle Malattie
Cardiovascolari
di Stefano Urbinati

AREA SCOMPENSO CARDIACO

p.35

I Biomarker nelle varie fasi dello
Scompensamento Cardiaco
di N. Aspromonte, G. Di Tano, M. Senni



DALLE REGIONI

ABRUZZO p.44

Il biennio 2008 - 2010 volge al termine: è tempo di bilanci
di *Laura L. Piccioni*

BASILICATA p.46

Come formare i Giovani consumatori: sintesi del Corso svoltosi a Matera
di *F. P. Calciano e A. Cardinale*



CALABRIA p.48

Diamo il cuore per i Giovani. Screening elettrocardiografico nella popolazione giovanile della provincia di Cosenza
di *A. Talarico, F. Boncompagni, C. Tomaselli, F. Fascetti*

CAMPANIA p.50

Grande successo per "Il Cuore delle due Sicilie"
di *Giovanni Gregorio*



LAZIO p.53

Un biennio molto intenso a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lazio



PUGLIA p.55

La musica incontra "per il Tuo cuore" a Monopoli
di *V. Lopriore, F. Boscia, S. Vilella*

UMBRIA p.57

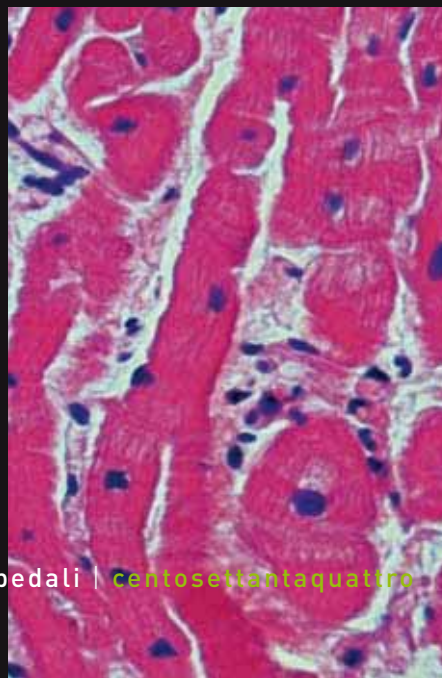
Addio vecchia colonna!
di *A. Murrone e G. Alunni*

VENETO p.60

Bilancio del biennio 2008 - 2010 del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO del Veneto
di *D. Marchese e G. Pasquetto*

FORUM p.62

Miocardite: un termine unico per molti problemi aperti
di *F. Brun, A. Buiatti, G. Finocchiaro, M. Merlo, S. Rakar, G. Sinagra*



La gestione del rischio cardiologico dei pazienti sottoposti a chemioterapia p.68

di *L. Tarantini, F. Tuccia, F. Laveder, P. Faggiano, S. Oliva, G. Russo, R. Ceccherini, G. Alunni, S. Gori, M. Giusto, G. Catania, A. Di Lenarda*

FORUM SINDACALE ORGANIZZATIVO

Il nuovo CCNL della Dirigenza Medico - Veterinaria del SSN, biennio economico 2008 - 2009 p.70

Il PARTE

di *Domenico Gabrielli*

IL PARERE LEGALE p.72

Un male sommerso: le infezioni ospedaliere
di *Ornella Mafri*

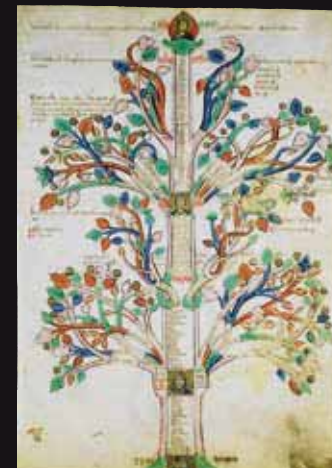
VIAGGIO INTORNO AL CUORE

La persona tra cuore, ragione e sentimento p.74

di *Maria Luisa Morrone*

Memoria e profezia p.76

nel messaggio di Gioacchino da Fiore
di *Salvatore Angelo Oliverio*



I VERSI DEL CUORE p.78

Rainer Maria Rilke: l'alfiere delle elegie amorose
di *Silvana Ruffolo*

FIGURARE LA PAROLA p.80

Bernini scolpisce Apollo e Dafne: "la forma che fugge"
di *Mario Chiatto*

RINNOVA LA QUOTA ASSOCIATIVA!



RID

a cuor leggero



AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

Dal 2009 puoi pagare la quota associativa ANMCO con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario. In questo modo sarai sicuro di provvedere ogni anno al rinnovo della tua quota, evitando perdite di tempo.

41° Congresso ANMCO: è tempo di bilanci!

di Salvatore Pirelli



Cari Amici, solo pochi mesi fa al momento della mia elezione a Presidente dell'ANMCO, la più larga e prestigiosa Associazione di professionisti del nostro Paese, mi chiedevo se fossi stato all'altezza del compito, gravoso e difficile che mi aspettava; ora è già tempo di consuntivi su ciò che avremmo voluto fare e quello che siamo riusciti a realizzare. L'esperienza di questi due anni è stata certamente faticosa, una grande Associazione ha inevitabilmente criticità da gestire, ma anche una occasione irripetibile

di lavorare insieme ad un gruppo di amici che, indipendentemente dalla propria provenienza ed estrazione, hanno in comune lo stesso obiettivo: far crescere l'Associazione di cui orgogliosamente facciamo parte. Abbiamo cercato di rafforzare il rapporto con le Aree e con le Regioni provando a mediare tra le giuste esigenze di maggiore autonomia e la necessità di evitare frammentazioni, di migliorare ulteriormente l'attività formativa che rimane una priorità, di favorire la comunicazione sia all'interno che all'esterno utilizzando le nuove

tecnologie disponibili, di favorire la massima integrazione tra ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore" e di rendere più forte la Federazione Italiana di Cardiologia in modo da essere più credibili nei confronti delle Istituzioni. Abbiamo lavorato con passione ed entusiasmo tutti insieme in un clima di grande armonia e collaborazione cercando di realizzare un programma che non voleva e non doveva essere un libro dei sogni, ma un progetto credibile e realistico.

L'Associazione

L'ANMCO, forte di oltre 5.000 Iscritti, è la più grande Associazione di professionisti in Italia e in Europa e meno di un anno fa ha ricevuto apprezzamento e stima dal Presidente Napolitano: << Siamo dinnanzi a risultati che fanno onore all'Italia e bisogna dirlo forte perché è ancora troppo presente la tendenza a non mettere in luce il molto di eccellente che presentano la Ricerca Italiana e la Sanità e in particolare la Sanità Ospedaliera >>. La possibilità di lavorare in Rete è stato il segreto del nostro successo: ci ha consentito di raggiungere risultati straordinariamente positivi, dal GISSI 1 che ha cambiato, nel mondo, l'approccio al paziente con infarto miocardico acuto, a quelli più recenti dello Studio ACS Outcome che documentano dati di mortalità per l'infarto acuto inimmaginabili fino a qualche anno fa. Vogliamo continuare a lavorare nelle Unità Operative di Cardiologia e nei Dipartimenti di Cardiologia per tenere al centro dell'attenzione il paziente, per evitare la frammentazione della Cardiologia e per consolidare e portare avanti una "strategia" che si è dimostrata vincente. La criticità più significativa è quella relativa al fatto che i giovani Soci con età inferiore o uguale a 40 anni rappresentano solo il 10% di tutti gli associati. Abbiamo previsto quote di iscrizione agevolate, ospitalità al Congresso, spazio nel

Sito WEB e nei giornali, abbiamo assegnato Borse di Studio a quelli più meritevoli ed interessati alla ricerca, abbiamo fatto, pochi Eventi Formativi ove i giovani sono stati protagonisti. Bisogna fare ancora di più. E' necessario cercare di identificare per i Soci con meno di 40 anni, un ruolo preciso nei Consigli Direttivi Regionali e nelle Aree, promuovere Corsi di Clinical Competence negli ospedali di insegnamento, istituire un vero e proprio osservatorio permanente per tenere desta l'attenzione su un problema che investe inevitabilmente il futuro dell'Associazione.

Le Regioni

I Presidenti Regionali, hanno rappresentato l'ANMCO nelle loro realtà, hanno realizzato i Congressi Regionali e hanno promosso numerose iniziative di aggiornamento. Il rapporto con le Regioni deve essere ulteriormente rafforzato: è necessaria maggiore disponibilità e autonomia nella gestione delle risorse, maggiore coinvolgimento nella scelta degli obiettivi, nella programmazione delle campagne educazionali, nella preparazione del Congresso nazionale.

Le Aree

Negli anni hanno contribuito in modo decisivo a far crescere l'Associazione proponendo e partecipando attivamente alle attività di ricerca e di formazione e di fatto gestendo la maggior parte degli Studi e delle Campa-

gne Educazionali che si sono realizzate negli ultimi anni. Abbiamo preso atto che c'è necessità di maggiore supporto da parte del Centro Studi ANMCO, maggiore snellezza nell'iter burocratico di approvazione delle proposte, maggiore autonomia nel reperimento di risorse. Anche in questo ambito abbiamo cercato di risolvere alcune criticità che in definitiva molte volte riguardano nella maggior parte dei casi "solo" problemi di comunicazione. In concreto, nell'ambito del prossimo Congresso Nazionale abbiamo deciso di dare maggiore rilievo alle Riunioni delle Aree che saranno collocate in uno spazio temporale centrale e avranno una struttura che prevede un Simposio su un tema proposto dal Comitato di Coordinamento di ciascuna Area oltre che la consueta discussione su temi organizzativi: stato di avanzamento delle iniziative in corso e prospettive future.

Il Comitato Scientifico ANMCO

Ha svolto un lavoro attento e proficuo nella valutazione e nella pianificazione della ricerca. La sfida da vincere oggi è quella di associare alla tradizionale ricerca dell'ANMCO una ricerca focalizzata su quadri clinici che si discostano significativamente dalla media della popolazione per cercare di capire alcuni meccanismi fisiopatologici che non conosciamo e che potrebbero essere utili per arrivare al migliore approccio per il singolo

paziente. La qualità, il prestigio, l'impegno dei componenti del Comitato Scientifico sono una garanzia; certamente riusciremo a centrare questo obiettivo che è divenuto strategico.

Il Centro Studi

Aldo Pietro Maggioni e il suo gruppo hanno saputo valorizzare, in modo straordinario, la massa immensa di dati che è stato possibile collezionare grazie all'impegno corale di tutti gli Associati che hanno lavorato con impegno e passione. Per proseguire su questa strada virtuosa abbiamo cercato di consolidare e rafforzare le professionalità esistenti, la qualità e l'indipendenza dei nostri Studi, la forza aggregante dei nostri progetti. Siamo ora in condizione di percorrere strade nuove, come innanzitutto, la ricerca di collaborazioni nazionali, internazionali e multidisciplinari per riuscire, tra l'altro, a diversificare le fonti di finanziamento.

La Formazione

Il Congresso

E' l'evento culturale più importante dell'anno, un momento di aggregazione e di confronto tra gli Associati, una vetrina per i giovani chiamati a presentare le loro esperienze, l'occasione per partecipare all'Assemblea, rinforzare lo spirito associativo. La preparazione del Congresso è una operazione complessa che deve mediare tra l'esigenza di una offerta larga che possa soddisfare le aspettative del

maggior numero di Associati e d'altra parte mantenere un livello scientifico elevato. Come negli anni passati, avremo Main Session e Simposi sugli argomenti di interesse prevalente; alcuni Simposi saranno "congiunti" con altre Società Scientifiche o "in collaborazione" con le principali Società di Settore aderenti alla Federazione Italiana di Cardiologia. Completeranno il programma le Comunicazioni orali, i Poster, sempre sufficientemente numerosi a testimonianza della vitalità dell'Associazione, le Controversie su alcuni temi "caldi" che saranno animatamente discussi, e alcuni Trial di più recente pubblicazione che meritano anch'essi un approfondimento ulteriore. Per il Cardionursing abbiamo cercato di costruire un programma che metta nella giusta luce il sempre crescente livello di competenza e responsabilità degli Infermieri. Il Consiglio Direttivo ha profuso un grande impegno nella scelta dei temi e dei Relatori e pertanto ci aspettiamo un occhio benevolo nel giudizio complessivo della manifestazione in considerazione del fatto che abbiamo potuto commettere qualche errore o qualche omissione di cui ci scusiamo in anticipo. Speriamo che il lavoro di noi tutti riceva apprezzamento; in ogni modo al di là del ricco e diversificato Programma Scientifico che abbiamo messo a punto, il Congresso rimane l'occasione per ritrovarsi in un

clima di amicizia e partecipazione per rinnovare un impegno associativo che necessita di essere rinforzato.

Il Piano Annuale Formativo

Il PAF per l'anno 2010 è ancora una volta il frutto del lavoro appassionato dei componenti del Consiglio Direttivo, dei singoli Soci, dei Chairmen delle Aree, dei Presidenti e dei Consigli Direttivi Regionali, convinti della necessità di diffondere, aggiornare e condividere le conoscenze, con l'obiettivo di curare al meglio i nostri pazienti. Insieme abbiamo costruito una offerta formativa ampia che si articolerà, secondo tradizione, in Campagne Educazionali Nazionali, Seminari di Aggiornamento, Corsi di Clinical Competence, Eventi Formativi Murali ed Extramurali, Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare. Di particolare interesse, il progetto Dolore Toracico Gestione Intraospedaliera, perché abbiamo intravisto la necessità di cercare modelli gestionali più efficienti laddove, in un contesto epidemiologico straordinariamente vasto, non vengono ancora utilizzati percorsi diagnostici standardizzati che rendano omogenei ed efficaci il trattamento dei soggetti con Dolore Toracico. Anche il progetto Blitz 4 Qualità è un progetto ambizioso e innovativo. L'adesione alle Linee Guida è ancora largamente insufficiente, ma è dimostrato, tuttavia, che è possibile incrementare i livelli

di adesione soprattutto da parte di Centri coinvolti su base volontaria, in programmi dedicati. I pazienti arruolati nella prima fase sono oltre 7.000 a dimostrazione del fatto che è ancora possibile attivare la Rete delle Strutture Cardiologiche italiane che rappresentano un patrimonio unico al mondo di cui essere orgogliosi. E' la prova che, per raggiungere risultati concreti è necessario individuare le problematiche cliniche e gestionali più attuali, condividere gli obiettivi da perseguire, lasciare spazio alle iniziative e alle proposte dei singoli e d'altra parte tenere conto delle "difficoltà" che viviamo quotidianamente nelle nostre unità di cura, e che certamente non possiamo ignorare.

I Corsi di Clinical Competence

I Corsi di Clinical Competence si propongono di offrire aggiornamenti sugli aspetti epidemiologici, fisiopatologici e clinici, di promuovere conoscenze aggiornate in ambito farmacologico e non, di proporre modelli di gestione e protocolli diagnostico terapeutici in rapporto ai vari setting assistenziali. Negli ultimi anni sono state messe a punto iniziative in ambito di Terapia Intensiva Cardiologica, i cui contenuti sono strettamente correlati alle necessità cliniche quotidiane. La nostra proposta è quella di avviare anche Corsi di Clinical Competence per il Cardiologo Clinico in ambito di Cardiopatia Ischemica Cronica,

Scompenso Cardiaco, Fibrillazione Atriale. Anche in questo caso, come per la campagna Ipertensione Polmonare: Diagnosi, Terapia e Gestione del Follow - up, ANMCO ha deciso di "reperire" dei fondi ad hoc, per una progettualità che ritiene strategica. Una esperienza che ci sembra interessante e che merita di essere esportata è quella relativa alla cosiddetta Medicina di Iniziativa, già avviata in Toscana, che per la messa a punto prevede un impegno più assiduo e cogente dei Medici di Medicina Generale chiamati ad individuare il più precocemente possibile i soggetti a maggior rischio al fine di prevenire lo sviluppo o la instabilizzazione delle malattie cardiovascolari. Dalla nostra parte è necessario "attrezzarsi" per fornire risposte rapide ed efficienti a queste richieste. Le prime esperienze sembrano essere positive e in grado di migliorare in concreto la continuità assistenziale, di cui molto si parla.

La IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari

La IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari si è tenuta a Roma il 14 e 15 aprile 2010. ed è stata realizzata grazie alla collaborazione tra ANMCO, Fondazione "per il Tuo Cuore" e Istituto Superiore di Sanità. Le edizioni precedenti erano state quella del 1987 promossa dal Presidente G. Feruglio, quella del 1999, Presidente N. Mininni e quella

del 2004, Presidente A. Boccanelli. Questa IV Conferenza è stata incentrata sulla proposta di modelli di comunicazione più efficaci, sulla necessità di individuare strategie differenziate in popolazioni target come bambini, donne, anziani, migranti, sulla ottimizzazione dei percorsi soprattutto in ottica di continuità assistenziale, sulle prospettive di ricerca in ambito di prevenzione, sulla promozione di stili di vita sani il cui impatto positivo è sempre più evidente e tuttavia ancora troppo poco valorizzato. Sono stati presentati i nuovi dati prodotti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare che hanno permesso l'aggiornamento della Carta del Rischio e che saranno ulteriormente approfonditi nel corso del prossimo Congresso ANMCO.

Le Linee Guida Cardiologiche per l'Idoneità allo Sport Agonistico 2009

Questa edizione del COCIS Comitato Organizzativo Cardiologico per l'Idoneità allo Sport, ha raccolto gli sforzi di un panel di esperti in una difficile opera di sintesi scientifica ed operativa. Ancora una volta la comunità cardiologica italiana si è imposta all'attenzione di tutto il mondo nella misura in cui lo screening medico sportivo italiano ha contribuito alla riduzione della mortalità cardiaca sui campi di gara a differenza di quanto accade in altri paesi europei e nord - americani. In questa edizione,

si è messa in evidenza, anche, l'importanza della visita di idoneità agonistica che, dopo l'abolizione della visita di leva e la sostanziale "scomparsa" della Medicina Scolastica, si va accreditando come il primo e più precoce ed efficace screening del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Molti di questi argomenti verranno presentati in un Simposio congiunto ANMCO SIC Sport nell'ambito del prossimo Congresso.

La Comunicazione

Cardiologia negli Ospedali e CongressNews Daily

Cardiologia negli Ospedali nella sua splendida veste editoriale ha riportato con puntualità i passaggi più significativi della nostra vita associativa. Accanto alle novità e agli aggiornamenti che vengono dal Consiglio Direttivo, da Fondazione "per il Tuo cuore", dalla FIC, dalle Aree, dalle Regioni sono state introdotte alcune nuove rubriche molto apprezzate: *Cuori allo Specchio, I Versi del Cuore, l'Angolo delle Immagini, Viaggio intorno al Cuore, la Parola ai Giovani Cardiologi*. Abbiamo letto con interesse le interviste a Roberto Ferrari, Fulvio Camerini, Tommaso Fiore, Gaetano Siscaro. Abbiamo apprezzato i versi di Catullo e di Ungaretti, di Neruda e di Pessoa. Abbiamo sentito la voce dei Giovani Cardiologi sulle problematiche del mondo del lavoro e sulla relazione medico - paziente, sulla ricerca biomedica e sulla auscul-

tazione del cuore. Abbiamo potuto riflettere sulle problematiche legate al Consenso Informato e al Testamento Biologico, sulla perizia medico - legale e sulla Responsabilità Medica d'Equipe, sulla funzione della Cartella Clinica e sul contenzioso medico - legale.

Cardiologia negli Ospedali ha continuato a raccontarci la storia dell'ANMCO con grande efficacia comunicativa e pertanto rimane un patrimonio da difendere e da alimentare con slancio e decisione. Il *CongressNews Daily* è stato molto apprezzato sia per la qualità dei contenuti che della sua veste editoriale. I Giovani Cardiologi chiamati a svolgere questo compito sono riusciti a individuare, con consumata abilità, i momenti più salienti delle giornate congressuali e a sipario chiuso mettere a punto fino a tarda sera quanto emerso nella giornata e quanto di rilevante il programma congressuale prevedeva per il giorno successivo.

Sito WEB

E' stato costituito un Comitato Editoriale ad hoc, è stato ridisegnato e ristrutturato il Sito WEB che ora è diventato lo strumento con cui l'Associazione e la sua Fondazione dialogano con il Cardiologo, con gli altri Operatori Sanitari e con il Cittadino. I contenuti della Sezione dedicata al Cittadino sono stati rinnovati, ed è stata conservata la Rubrica "L'Esperto Risponde" che consente di inviare domande e ricevere le risposte da

parte di un Cardiologo dell'ANMCO. Nella Sezione dedicata all'Operatore Sanitario sono disponibili gli Atti del Congresso Nazionale, il Piano Annuale Formativo, gli spazi dedicati alle Regioni e alle Aree. Alcune di queste hanno rinunciato ad un Sito proprio per rientrare in uno strumento comunicativo comune. Questo "passaggio" ha inevitabilmente richiesto qualche rinuncia, ma è certamente positivo che si sia privilegiata "l'appartenenza" alla Associazione, rispetto ad una totale autonomia. E' stato creato un Archivio on line di "Casi Clinici Inusuali" aperto alla consultazione da parte dei Soci, in modo da condividere con tutti gli altri il caso clinico che non si è stati in grado di risolvere perché non facilmente inquadrabile secondo i percorsi abituali. Le finalità di questa proposta si inquadrano nella ipotesi di ricerca innovativa di Attilio Maseri: da una serie di casi clinici inusuali che possono divenire casi indice, è possibile ricercare le cause della loro diversità, per scoprire nuovi meccanismi di malattia e di protezione e quindi nuovi possibili bersagli terapeutici. Lo strumento per raccogliere e archiviare i casi è il Sito WEB: il format è molto semplice, la sua compilazione richiede pochi minuti. La riuscita di questo approccio dipenderà dalla disponibilità e dall'interesse dei Cardiologi a condividere i Casi Clinici osservati. La tradizione di ANMCO è quella di

unirsi per realizzare grandi risultati: inviando e raccogliendo i casi inusuali si creerà un patrimonio comune, unico, disponibile, consultabile che potrà fornire risposte in grado di aprire orizzonti nuovi e stimolanti.

La Certificazione di Qualità

E' proseguito il lavoro per la Certificazione delle Unità Operative di Cardiologia come strumento di miglioramento continuo che, già avviato in Regione Toscana, è stato esteso in sette Unità della Puglia e in due di Calabria e Campania. E' stata applicata la logica della Gestione del Rischio, ponendo l'attenzione principalmente sulla qualità delle prestazioni e sulla gestione delle risorse umane, economiche e tecnologiche. Il modello organizzativo che è stato progettato e applicato risponde ai criteri di semplicità, fruibilità e misurabilità. L'analisi dei percorsi ha permesso l'individuazione e l'attuazione di azioni di miglioramento nell'ambito della corretta compilazione della Cartella Clinica, nella applicazione di una scheda terapeutica unica, nell'aggiornamento e ottimizzazione del Consenso Informato, nel trattamento dei dati personali e sensibili, nella mappatura dei rischi, nella valutazione della soddisfazione del paziente, e del personale, nel miglioramento dei rapporti con i Medici e gli Infermieri delle altre Unità Operative. Tali attività non inseguono dunque un "riconoscimento" formale,

ma sono indirizzate a concretizzare, con esperienze pratiche e fruibili, i capisaldi del sistema di gestione integrato con l'accreditamento istituzionale ed il Governo Clinico. In questa ottica il sistema implementato si è dimostrato concreto ed utile e non un ulteriore fardello burocratico. D'altra parte una gestione ottimizzata delle risorse umane è indispensabile per ottenere risultati dei processi di cura di migliore qualità, ed è noto peraltro come siano le persone, con le loro competenze, le loro professionalità, il loro entusiasmo che fanno la qualità delle cure.

La Fondazione "per il Tuo cuore"

In pochi mesi la Fondazione "per il Tuo cuore" è diventata una realtà importante, grazie al prestigio, la passione, l'impegno di Attilio Maseri che interpretato il suo nuovo ruolo con l'entusiasmo di un neofita e al forte sostegno dell'ANMCO. In questa ottica i rapporti tra Consiglio Direttivo ANMCO e Fondazione si sono rafforzati: la presenza nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione del Presidente Eletto ANMCO come Delegato alla Ricerca, l'unificazione della rappresentanza regionale della Fondazione nella persona del Presidente Regionale ANMCO, la unificazione del Sito WEB sono indicatori di una "ritrovata" e imprescindibile forte sintonia progettuale.

Come abbiamo detto più volte, tutti noi conoscevamo Attilio come "scienziato": un pioniere della Cardiologia, uno che affronta questioni che gli altri ignorano, che sfida i modelli tradizionali, nuove idee sgorgano dalla sua mente come fiumi in piena.... Abbiamo imparato ad apprezzarlo come uomo, colpiti e affascinati dalla sua costante disponibilità, dalla ricerca di condivisione in ogni scelta, dalla capacità di ascoltare tutti, dalla attenzione ad evitare fraintendimenti. Senza la guida e l'instancabile lavoro di Attilio non ci sarebbe stato il ricevimento al Quirinale, né gli altri eventi in cantiere in questi giorni: l'udienza in Vaticano dal Santo Padre, la presentazione a Palazzo Vecchio a Firenze del volume di Bernard Lown, *L'arte perduta di Guarire*, ristampato a cura della Fondazione "per il Tuo cuore" e dell'ANMCO con il patrocinio del Segretariato Sociale della RAI. Grazie ad Attilio, al Quirinale la Cardiologia italiana ed ANMCO in particolare, ha ricevuto il meritato riconoscimento del successo di Studi Clinici iniziati negli anni 80, con il primo Studio GISSI. Ora la Rete delle Cardiologie italiane si accinge ad affrontare una nuova sfida per sviluppare la "personalizzazione" delle cure cardiovascolari. La scoperta di nuovi specifici meccanismi di malattia può partire dall'osservazione dei casi che più deviano dal comportamento clinico atteso. Anche questa volta

siamo certi di poter arrivare a risultati importanti perché abbiamo la “curiosità” di guardare avanti, vantiamo una collaborazione consolidata con un Istituto prestigioso come il Mario Negri di Milano, abbiamo la possibilità di attivare in tempi brevi una Rete collaudata di Ricercatori.

La Federazione Italiana di Cardiologia

Con la FIC abbiamo collaborato attenendoci ai dettami dello Statuto vigente che peraltro potrà essere riscritto e migliorato alla luce delle nuove esigenze. In questo ambito abbiamo deliberato l'allargamento del Consiglio Direttivo alle Società di Settore più rappresentative, GISE, AIAC, SIEC, alla Società dell'Ospedalità Accreditata, SICOA e a quelle che intercettano le istanze del territorio: ANCE e ARCA. Al di là delle criticità, a tutti note, un successo è stata la riedizione del *Documento Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia* che, a differenza di quanto era avvenuto in passato, ha coinvolto fin dall'inizio l'intera comunità cardiologica nazionale e soprattutto per questo è stato apprezzato ai più alti livelli istituzionali. Abbiamo sottolineato con forza il diritto di ogni cittadino di ricevere lo stesso trattamento su tutto il territorio nazionale e di essere curato dal Cardiologo nel Dipartimento di Cardiologia e la necessità di prendere coscienza che la disgregazione della Cardiologia confonde

i percorsi diagnostico - terapeutici e danneggia i pazienti. La forte presa di posizione nei confronti di un modello “per intensità di cura” che potrebbe frammentare percorsi assistenziali collaudati e disperdere un patrimonio di cultura e di esperienza accumulato in oltre quaranta anni, dovrebbe fornire la opportunità di riflettere, senza corporativismi, né battaglie di retroguardia, con la massima apertura agli scenari che abbiamo davanti.

Le Finanze

Dal punto di vista economico l'Associazione è solida perché gestita con rigore, attenzione e professionalità, nel mezzo della più grave crisi finanziaria degli ultimi cinquanta anni. Prezioso è stato il supporto dell'Avvocato Laura Bellicini sempre pronta a cercare e trovare le migliori soluzioni ai problemi “tecnici” emergenti. Un suggerimento prezioso è relativo alla importanza di ricordare a tutti i Soci la possibilità di utilizzare lo strumento del 5 per mille a vantaggio della Fondazione “per il Tuo cuore”. Come è noto si tratta di un meccanismo che permette ai contribuenti di scegliere liberamente come destinare una quota delle proprie imposte, senza alcun aggravio, a sostegno di enti che svolgono attività sociale. I più noti enti di ricerca hanno ottenuto grazie a questo strumento importi significativi. La Fondazione “per il Tuo cuore” ha tutte le carte in regola per ottenere le preferenze di tanti. Al di là delle

Campagne promozionali, è del tutto evidente come molto possa essere fatto dai Soci ANMCO, sia destinando il proprio 5 per mille, sia sensibilizzando amici, pazienti, parenti a sostenere la ricerca promossa dalla Fondazione. E' una occasione da non perdere.

Il personale

Gran parte dei successi dell'ANMCO si deve all'impegno quotidiano, alla abnegazione, alla sensibilità del personale della Segreteria, dell'Amministrazione, della Fondazione “per il Tuo cuore”, del Centro Studi. E' stata messa insieme una struttura organizzativa molto efficiente, che non ha riscontri in nessun'altra Società Scientifica. In definitiva riassumere in poche righe i progetti, le difficoltà, le incomprensioni, i risultati, la vita dell'ANMCO, è impresa difficile: un grazie di cuore dunque a tutti gli Associati e soprattutto a quanti, e sono molti, ci hanno aiutato a portare avanti questa splendida avventura. Un ringraziamento affettuoso e sincero agli amici del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale con i quali abbiamo condiviso tanta fatica, tante difficoltà, ma anche tanti momenti piacevoli e gratificanti che certamente non dimenticheremo. Un augurio e un pensiero particolare a Marino Scherillo, il Presidente Eletto, che avrà l'onore e l'onere di dirigere l'Associazione nel prossimo biennio.

Federazione Italiana di Cardiologia: è tempo di bilanci Un bilancio agro - dolce

di Giuseppe Di Pasquale

Il termine di un mandato è il momento in cui fare il bilancio, elencando le cose realizzate e quelle che non si è riusciti a realizzare. Se per fare questo mi confronto con le Linee Programmatiche del mandato FIC 2007 - 2010 pubblicate su *Cardiologia negli Ospedali* e *SIC Cardiologia Press* nel luglio 2007 il bilancio non è sicuramente molto confortante. L'elenco delle cose da realizzare nell'arco del triennio era molto ambizioso e tra le altre comprendevano l'allargamento del Consiglio Direttivo della FIC ad altre

componenti della Cardiologia non sufficientemente rappresentate da ANMCO e SIC, la convergenza delle Aree ANMCO e dei Gruppi di Studio SIC in nuove entità (Working Group Federativi), l'attuazione di iniziative formative - congressuali federative unitarie a livello nazionale e regionale, la condivisione degli strumenti della ricerca collaborativa ed infine il progetto ambizioso di un fundraising federativo unitario. Tutto questo non è stato realizzato per la debolezza di chi scrive di influenzare le scelte politiche di ANMCO e SIC che in



questi anni hanno lavorato intensamente per rinforzare le proprie strutture interne e consolidare la propria specificità nei confronti della base degli Associati, frenando di fatto una crescita della Federazione al di là dei confini delimitati degli obiettivi statutari. La possibilità di un allargamento del Consiglio Direttivo della FIC con l'ingresso di altre componenti, attualmente rappresentate nel Consiglio Federale sulla base del vigente Statuto, ha costituito l'argomento principale di estenuante discussione nelle riunioni del Consiglio Federale della FIC. Una vivace discussione già iniziata durante il precedente triennio nel momento stesso in cui era stato approvato il nuovo Statuto che istituiva di fatto il Consiglio Federale. Le posizioni di ANMCO e SIC su questo problema in questi anni sono state altalenanti. Nel momento in cui si è deciso che gli obiettivi statutari della FIC restano solo quelli della rappresentanza unitaria della Cardiologia italiana nei confronti della ESC e delle Istituzioni Sanitarie nazionali (lasciando nel limbo il terzo obiettivo del coinvolgimento della Cardiologia ospedaliera nella formazione post-laurea delle Scuole di Specializzazione), la posizione dell'ANMCO è diventata chiara: via libera per l'ingresso nel Consiglio Direttivo FIC delle Società cardiologiche del Territorio, dell'Ospedalità Privata Accreditata e delle principali Società di Settore. La SIC invece, dopo una apertura iniziale, esprime in questo momento nuove perplessità e chiede una pausa di riflessione. Il mio augurio è che prima del termine della mia Presidenza FIC si possa trovare

una intesa di reciproca soddisfazione per le Società madri ANMCO e SIC e le altre Società cardiologiche affiliate alla Federazione. La convergenza delle Aree ANMCO e dei Gruppi di Studio SIC non ha fatto progressi fondamentalmente per il timore delle due Società madri della FIC di indebolire il "core" culturale e scientifico delle proprie strutture associative. Altro elemento di freno è costituito dal diverso peso specifico relativo delle corrispettive Aree/Gruppi di Studio ANMCO e SIC, come nel caso dello Scompenso Cardiaco e dell'Emergenza - Urgenza che l'ANMCO considera patrimonio difficile da condividere o diluire in contenitori più ampi. All'inizio del mandato avevo proposto il varo di iniziative formative - congressuali unitarie: uno spazio federativo ampio all'interno dei Congressi Nazionali ANMCO e SIC, Congressi Regionali Federativi a superamento dei Congressi Regionali di ANMCO e SIC. Anche qui, dopo l'adesione iniziale c'è stata una rapida marcia indietro. Lo spazio federativo nei Congressi di ANMCO e SIC si è ridotto ad uno stretto "angolino" spesso incastrato nella contemporaneità di altri Simposi clinici più appealing. Qualcosa insomma che viene fatto perché ci tocca farlo. Le iniziative congressuali federative regionali dopo l'iniziale adesione entusiastica di diverse Regioni, ad onore del vero soprattutto per lo spirito trainante di alcuni Presidenti Regionali ANMCO, si sono esaurite resistendo soltanto in un paio di Regioni quali la Lombardia e l'Emilia Romagna. In altri casi i Convegni federativi sono diventati aggiuntivi e

non sostitutivi dei Congressi Regionali di ANMCO, SIC e delle altre Società federate, contribuendo ad accrescere la pletera delle iniziative congressuali di cui tutti in Italia continuiamo a lamentarci. La ricerca clinica collaborativa attraverso gli Studi e i Registri avrebbe potuto costituire un potente collante federativo. Il Centro Studi dell'ANMCO, che da quasi vent'anni ha consolidato gli strumenti per la ricerca, poteva diventare il riferimento per tutta la Cardiologia italiana, stabilendo regole chiare e condivise. Tutto questo non è avvenuto, sempre per gelosie e diffidenze. La SIC ha ritenuto opportuno costituire un proprio Centro Studi autonomo, ANCE, ARCA, SICOA e diverse Società di settore si sono attrezzate o si stanno attrezzando per istituire anche loro un proprio Centro Studi. In un momento di risorse limitate e di condivisibile aspirazione a ridurre la dipendenza economica delle Società Scientifiche dall'Industria Farmaceutica ed Elettromedicale, non sembra ragionevole rinunciare alle progettualità della condivisione degli strumenti, sempre più costosi, della ricerca clinica. Ma tant'è. Ultimo obiettivo non realizzato è il fundrasing federativo unitario per la ricerca cardiovascolare da parte di una Fondazione cardiovascolare unica di tutta la Cardiologia italiana. Sarebbe lungo richiamare le vicende storiche della vita associativa che hanno portato al mancato raggiungimento di questo obiettivo ed alla decisione dell'ANMCO di rilanciare la progettualità della sua Fondazione attraverso la figura carismatica di Attilio Maseri. La cronistoria degli eventi è riportata nel

mio articolo "Federazione Italiana di Cardiologia: ripartiamo da San Valentino", pubblicato sul numero 168 di marzo - aprile 2009 di *Cardiologia negli Ospedali*. Il vivace dibattito tra ANMCO e SIC relativo alla legittimità di una campagna unilaterale di fundraising per la ricerca condotto dalla Fondazione dell'ANMCO è culminato nello spiacevole scivolone della richiesta da parte della SIC delle dimissioni del Presidente FIC accusato di non avere avuto un comportamento "super partes". Richiesta di dimissioni serenamente respinta al mittente da parte del sottoscritto e successivamente revocata non senza qualche imbarazzo da parte del Presidente SIC. La querelle ANMCO - SIC ha di fatto deliberatamente congelato per circa un anno la navigazione della FIC, che già non aveva una velocità di crociera particolarmente sostenuta. In particolare è stato tenuto in stand-by il progetto di un'alleanza per il cuore tra le Società Scientifiche di Cardiologia affiliate alla FIC e le Associazioni di Volontariato dei pazienti cardiopatici. All'incontro propositivo svolto a Roma a Palazzo San Macuto il 25 settembre 2008 per iniziativa del Coordinamento Nazionale delle Associazioni del Cuore (CONACUORE) e della FIC con i rappresentanti delle Istituzioni politiche non ha ancora fatto seguito l'atto concreto di un protocollo di intesa tra FIC e CONACUORE. Una stretta alleanza delle Società Scientifiche cardiologiche con chi come CONACUORE rappresenta i bisogni dei pazienti, in termini di salute cardiovascolare e servizi cardiologici, costituisce un valore aggiunto per

influenzare a livello nazionale e locale le scelte di politica sanitaria a favore dei cittadini - pazienti. Il mio inguaribile ottimismo mi fa sperare che entro il termine dell'attuale mandato FIC possa essere formalizzata questa alleanza rilanciata dall'amico Gianni Spinella appassionato Presidente di CONACUORE in occasione del recente Congresso Nazionale delle Associazioni di Volontariato dei Pazienti svoltosi a Modena il 24 aprile 2010. Se questi sono gli obiettivi non realizzati in questo triennio, ce ne sono altri, pochi ma significativi, portati a compimento. E' stata finalmente realizzata una referenza unitaria nei confronti della ESC, ed è motivo di soddisfazione che questo sia avvenuto durante la brillante Presidenza italiana di Roberto Ferrari. Per ognuno dei Working Group/Association della ESC è stato individuato un corrispettivo nazionale identificando "Contact Person" di riferimento, costituito dalle Società di settore laddove esistenti (ad esempio AIAC, SICI - GISE, SIEC) o da Referenti di provenienza ANMCO e SIC in rapporto equilibrato, come ad esempio per lo Scompensamento Cardiaco. Una ricaduta virtuosa di questa referenza unitaria è rappresentata dalla partecipazione italiana attraverso la FIC al Registro ESC dell'Heart Failure. La responsabilità di identificare i Centri italiani aderenti ed il loro coordinamento nelle attività del Registro sono state affidate a Marco Metra, che in questo momento è la "contact person" della FIC per l'Heart Failure Association della ESC. Diversamente sarebbe stata difficile una interfaccia unitaria della Cardiologia italiana nei confronti

della ESC per l'adesione a questo progetto e per gli altri Registri in cantiere. In questi anni si è anche consolidata la politica unitaria di sostegno alle Riviste della Federazione, *Giornale Italiano di Cardiologia* e *Journal of Cardiovascular Medicine*, finalmente sentite proprie da ANMCO e SIC. Nel pieno rispetto dell'autonomia decisionale dei due validissimi Editor, Leonardo Bolognese e Massimo Chiariello, di nomina fiduciaria della FIC, posso affermare di essere stato da loro sempre coinvolto nelle decisioni strategiche e di politica associativa. Il mio ringraziamento affettuoso a Massimo Chiariello che ci ha lasciato prematuramente è consegnato al fascicolo di aprile del JCM. Tra gli obiettivi realizzati il più importante è però quello di avere finalmente condiviso il principio che la Cardiologia italiana consolidasse una referenza unitaria nei confronti delle Istituzioni Sanitarie. Il nuovo Documento "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia" pubblicato come Supplemento del *Giornale Italiano di Cardiologia* nel giugno 2009, costituisce il contributo unitario dell'intera Cardiologia italiana nei confronti del Decisore Pubblico in tema di organizzazione dei servizi cardiologici. Il Documento è stato presentato il 13 ottobre 2009 in un Seminario svolto presso il Senato della Repubblica alla presenza della Commissione Igiene e Sanità, ed il 9 febbraio 2010 in un incontro con il Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio. Il Documento federativo che riafferma la specificità della Cardiologia incentrata sulle Reti, UTIC e Dipartimento Cardiovascolare, a

fronte della proposizione di nuovi modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cure indifferenziate, è stato recepito da parte dei referenti politici e del Ministro della Salute. Particolarmente apprezzato da parte delle Istituzioni Sanitarie è stato lo sforzo di unitarietà della Cardiologia italiana che si è presentata finalmente con una sola voce nei confronti delle Istituzioni attraverso la referenza unitaria della Federazione. I modelli da noi proposti di struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia sono stati ampiamente accolti nel Quaderno del Ministero della Salute “Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare” presentato agli Amministratori della Sanità il 20 aprile 2010 in un Seminario svolto a Roma alla presenza del Ministro presso il Ministero della Salute. Adesso è necessario che le istanze della Cardiologia vengano portate all’attenzione della nuova Conferenza Stato - Regioni. La Conferenza è infatti l’organismo che può emanare indirizzi regionali su modelli di organizzazione sanitaria. Il principio della interlocuzione unitaria nei confronti delle Istituzioni è stato condiviso anche per quanto riguarda gli ambiti regionali. In due diverse occasioni (luglio 2008 e giugno 2009) è stata inviata una lettera agli Assessori Regionali alla Sanità per ribadire la decisione della FIC di istituzionalizzare in ogni Regione una referenza cardiologica unitaria. Questa è rappresentata dai Presidenti Regionali di ANMCO e SIC che per specifiche problematiche, quali ad esempio

quelle relative all’Emodinamica, alla Cardiolazione e all’Elettrofisiologia, dovranno coinvolgere come specifici Referenti i Delegati Regionali delle relative Società di Settore. D’altra parte SICI - GISE e AIAC in questi anni hanno sempre rappresentato i Referenti unitari della Cardiologia italiana nei tavoli della CUD per gli stent coronarici ed i dispositivi elettrici impiantabili, nonché per il contributo tecnico alla ridefinizione e tariffazione dei DRG delle procedure cardiologiche invasive. Dal punto di vista culturale la FIC ha deciso di non produrre più Linee Guida nazionali, aderendo sistematicamente a quelle prodotte dalla ESC, eventualmente contestualizzandole all’interno della realtà sanitaria nazionale attraverso commenti editoriali ad opera di esperti (Linee Guida europee per la prevenzione cardiovascolare) o Documenti di Consenso (Linee Guida sulle Sindromi Coronariche Acute senza soprallivellamento del tratto ST). In questi anni sono state inoltre istituite Commissioni Nazionali federative per la produzione di Position Paper su argomenti di particolare rilevanza per le ricadute cliniche e sanitarie organizzative: profilassi dell’endocardite infettiva ed impianto transcateretere di protesi valvolare aortica già pubblicate e nuovo imaging delle coronarie in fase di pubblicazione sul *Giornale Italiano di Cardiologia*. Il Documento di Consenso sull’impianto transcateretere delle protesi valvolari aortiche, prodotto in collaborazione con la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCCH), ha recentemente costituito il punto di riferimento per lo studio

osservazionale nazionale di appropriatezza ed outcome research promosso dall’Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l’Age.Na.S e le Società Scientifiche. Tre anni sono trascorsi in fretta e la FIC a dodici anni dalla sua nascita sta entrando nell’adolescenza, una stagione di crisi, ma anche di possibile maturazione di nuovi progetti. Il bilancio del mandato che si avvia a conclusione può essere probabilmente raffigurato dal bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto a seconda dei punti di vista. Il mio è quello di chi vede il bicchiere ancora mezzo vuoto. La mia è però una visione personale, avendo assunto tre anni fa l’impegno della FIC con lo stesso entusiasmo, spirito di servizio e progettualità che avevo riversato nella precedente Presidenza ANMCO. Saranno l’ANMCO e la SIC a dover decidere se vale la pena riempire il bicchiere, oppure accontentarsi degli obiettivi faticosamente raggiunti. Per finire un ringraziamento ai Colleghi ed agli amici del Consiglio Direttivo e del Consiglio Federale della FIC che in questi tre anni hanno espresso l’assenso e offerto la generosa collaborazione per la realizzazione degli obiettivi raggiunti ed anche a chi ha espresso con onestà intellettuale il proprio dissenso per la realizzazione di obiettivi più ambiziosi probabilmente oggi non realistici. Un ringraziamento di cuore a Valentina Martinnotti efficiente Segretaria della FIC che, con la breve parentesi della felice maternità, ha sopportato per tre anni le mie insoddisfazioni ed i miei malumori per quello che non sono riuscito a realizzare.

La Comunicazione via WEB: una necessità e una opportunità!

di Alessandra Chinaglia

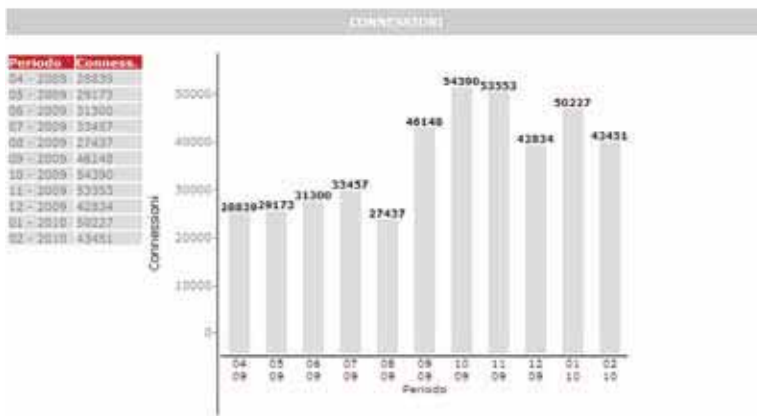


Figura 1

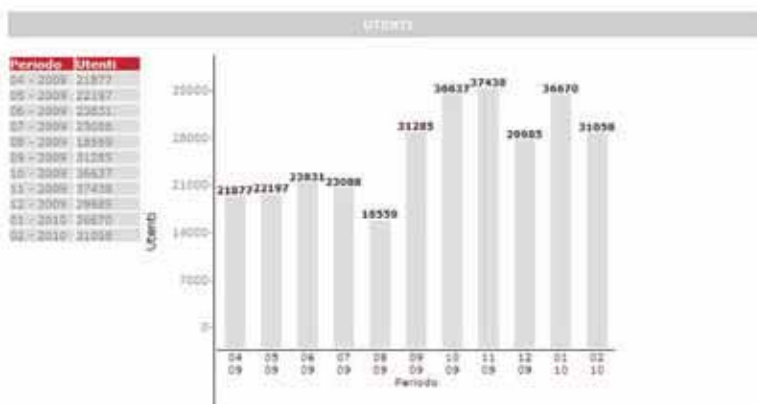


Figura 2

La notte del 31 gennaio 2009 la versione on line de *La Repubblica* chiudeva l'anno con un articolo intitolato "Un anno di politica via Internet: mai come nel 2009 dibattito e scontro hanno avuto per teatro la Rete". Il dibattito e la partecipazione politica si stanno spostando dalle piazze alla rete perché questa offre incredibili possibilità di diffusione dei messaggi, è a basso costo, permette di moltiplicare i destinatari a prescindere dalla vicinanza geografica, ma soprattutto a differenza della carta stampata consente l'interazione tra i soggetti. Ed è la possibilità di interazione tra i soggetti la vera opportunità che la comunicazione via WEB ci offre e che diventa sempre più necessaria. Anche per quanto riguarda l'ANMCO la comunicazione via WEB sta diventando sempre più importante.

Comunicazione ANMCO ↔ Cardiologo

Tramite il WEB diffondiamo notizie riguardo agli Eventi Formativi, al Congresso, alle iniziative di ricerca, alle attività di Aree e Regioni, pubblichiamo Linee Guida, Position Papers, Documenti e iniziative dell'Associazione e dei singoli Cardiologi. Sul Sito WEB sono archiviate e disponibili le diapositive e l'audio delle relazioni presentate al Congresso Nazionale, ai Minimaster e ad altri Convegni. Questo archivio costituisce una potenziale offerta formativa di ottimo livello,

completa e facilmente consultabile. Ma il WEB ci permette anche di raccogliere, non solo di rendere disponibili contenuti. I Cardiologi tramite il WEB inviano proposte (per il Congresso, per gli Eventi Formativi), Iscrizioni, Casi Clinici e Abstract. La raccolta dati per la ricerca si svolge ormai quasi esclusivamente via WEB e via WEB possiamo consultare i dati della letteratura.

Comunicazione Cardiologo ↔ Cardiologo

Tramite il WEB diffondiamo le iniziative dei singoli Centri e dei singoli Cardiologi. Lo strumento del Forum ci consente di aprire la discussione su temi clinici o associativi. L'apertura sul Sito di uno spazio dedicato ai "Casi Clinici Inusuali" costituisce una opportunità di discussione e condivisione di Casi e la creazione di un Archivio consultabile e disponibile per la comunità cardiologica.

Comunicazione ANMCO ↔ Cittadino

Tramite il WEB divulghiamo informazioni relative alla fisiologia dell'apparato cardiocircolatorio, alle patologie, alle terapie farmacologiche e non, all'importanza delle misure di prevenzione. La Campagna di raccolta fondi per la ricerca ha trovato risonanza nel WEB; è possibile iscriversi alla Fondazione "per il Tuo cuore" ed effettuare donazioni on line. Ma non solo: tramite il Sito WEB i Cardiologi hanno risposto alle 2.000 domande presentate dai Cittadini nella Rubrica "L'Esperto Risponde". Le risposte fornite dai Cardiologi dell'ANMCO che hanno reso disponibile la loro competenza costituiscono un archivio disponibile e consultabile, ed aiutano

a far conoscere la nostra Associazione al mondo esterno. La ricchezza e la vivacità dell'Associazione hanno trovato spazio nel Sito WEB. Le 50.000 connessioni mensili (Figura 1) per 30.000 singoli utenti al mese (Figura 2) dimostrano che il mezzo di comunicazione è utile e utilizzato. In chiusura del biennio svolto come Coordinatore della Commissione per il Sito WEB ANMCO non posso che ringraziare il Presidente ed il Consiglio Direttivo per avermi affidato un incarico appassionante che mi ha permesso di venire in contatto con realtà associative con cui ho vissuto il desiderio e l'entusiasmo della condivisione e quindi dell'essere Associazione. Mi preme porgere un ringraziamento particolare a nome di tutta l'Associazione ai Colleghi che dedicano tempo e competenza alla Rubrica "L'Esperto Risponde" (Tabella 1), svolgendo un servizio poco visibile ma di estrema utilità per i pazienti, i Cittadini e l'Associazione tutta. A nome dell'Associazione, della Fondazione "per il Tuo cuore" e del Professor Maseri ringrazio i Colleghi (Tabella 2) che hanno dedicato tempo e impegno per condividere con la comunità cardiologica i Casi Clinici osservati, dimostrando curiosità, disponibilità alla discussione e spirito di condivisione. Ed infine un particolarissimo e personale ringraziamento allo Staff del Sito WEB ANMCO composto da Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio che con competenza, costanza ed entusiasmo unite ad una straordinaria sensibilità mi hanno affiancata e sostenuta nella ideazione e realizzazione del nuovo Sito WEB.

Tabella 1 - gli Esperti de "L'Esperto Risponde"

Maurizio Giuseppe Abrignani
Pierfabrizio Anniboletti
Carlo Antona
Rinaldo Aste
Michele Azzarito
Giuseppe Bagliani
Francesco Biscione
Marco Bobbio
Daria Brogi
Alfredo Buttafarro
Pasquale Caldarola
Roberto Caporale
Giancarlo Casolo
Gabriele Castelli
Roberto Ceravolo
Francesco Clemenza
Franco Cobelli
Alessandro Comella
Carlo D'Agostino
Andrea D'Armini
Donatella Del Sindaco
Andrea Di Cori
Attilio Di Crecchio
Domenico Di Girolamo
Stefano Di Marco
Claudio Dispenzieri
Iolanda Enea
Anna Frisinghelli
Pino Fundarò
Cristina Gemignani
Alberto Genovesi Ebert
Francesca Ghezzi
Guido Giordano
Mauro Gori
Gianserafino Gregori
Franco Ingrassia
Amir Kol
Cristiano Lisi
Ugolino Livi
Andrea Lonati
Antonio Mafrici
Alessandro Maggi
Luigi Martinelli
Laura Massa
Raimondo Massaro
Marilena Matta
Alessandra Mazzoni

Tabella 2 - I collaboratori dei "Casi Clinici Inusuali"

Alessandra Chinaglia
Tiziana Chiriaco
Barbara Demarchi
Sarah Dogliani
Francesco Guglielmi
Chiara Lestuzzi
Francesco Mainardi
Marcello Marci
Fabrizio Paoli
Anna Patrignani
Gianpiero Patrizi
Patrizia Rosy Pelliccioni
Francesco Rotondi
Sara Roversi
Roberto Spoladore
Antonello Talarico
Luigi Tarantini
Alberto Valbusa



**PRESIDENTE
SALVATORE PIRELLI**

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405333
0372/405111 - 332 - 323
Fax 0372/433787
e-mail: pirelli.s@libero.it

**PRESIDENTE DESIGNATO
MARINO SCHERILLO**

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia - A.O. G. Rummo
Via dell'Angelo, 1 - 82100 Benevento
Tel. 0824/57679 - 0824/57580
Fax 0824/57679
e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

**PAST - PRESIDENT
FRANCESCO CHIARELLA**

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale Santa Corona
Via XXV Aprile, 128
17027 Pietra Ligure (SV)
Tel. 019/6234471
Fax 019/6234483
e-mail: francesco.chiarella@ospedale-santacorona.it

**VICE - PRESIDENTE
Attività Culturali**

ZORAN OLIVARI
Direttore di U.O.C di Cardiologia
Ospedale Ca' Foncello
P.zza Ospedale, 1 - 31100 Treviso
Tel. 0422/322776
Fax 0422/322662
e-mail: zolivari@ulss.tv.it

VICE - PRESIDENTE

Attività Organizzative e Gestionali
MATTEO CASSIN
Responsabile Struttura Semplice
Emodinamica Interventistica
A. O. S. Maria degli Angeli
Via Montereale, 24
33170 Pordenone
Tel. 0434/399277 - 438
Fax 0434/399197
e-mail: matteo.cassin@aopn.fvg.it

**SEGRETARIO GENERALE
GIUSEPPE PALAZZO**

Dirigente
U.O. di Cardiologia
UTIC e Semintensiva
Ospedale Cannizzaro
Via Messina, 821 - 95126 Catania
Tel. 095/7262563
Fax 095/7262588
e-mail: gipalace@yahoo.it

**TESORIERE
GIAMPAOLO SCORCU**

Responsabile Struttura semplice
UTIC - U.O.C. di Cardiologia
A.O. G. Brotzu - S. Michele
Piazzale A. Ricchi, 1 - 09134 Cagliari
Tel. 070/539512 - 539515
Fax 070/531400
e-mail: giampaoloscorcu@aob.it

**CONSIGLIERI
PASQUALE CALDAROLA**

Dirigente
U.O. di Cardiologia - UTIC
Ospedale M. Sarcone
Via P. Fiore, 135 - 70038 Terlizzi (BA)
Tel. 080/3608344
Fax 080/3608343
e-mail: pascald@libero.it

MARIO CHIATTO

Dirigente
U.O.C. di Cardiologia
Presidio Ospedaliero Mariano Santo
Contrada Muoio Piccolo
87100 Cosenza
Tel. 0984/681763
Fax 0984/681720
e-mail: compama@libero.it

ALESSANDRA CHINAGLIA

Responsabile Struttura semplice
UTIC - U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Maria Vittoria
Corso Tassoni, 44 - 10149 Torino
Tel. 011/4393315
Fax 011/4393465
e-mail: chinaglia@fastwebnet.it

DOMENICO GABRIELLI

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile Augusto Murri
Via Augusto Murri, 9 - 63023 Fermo
Tel. 0734/6252432
Fax 0734/6252388
**e-mail: domgab@tiscali.it,
d.gabrielli@asl11.marche.it**

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

Dirigente
Cardiologia Generale 1
A.O.U. Careggi
Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze
Tel. 055/7947692
Fax 055/7947468
e-mail: mazzuolif@aou-careggi.toscana.it, francesco.mazzuoli@unifi.it

MASSIMO UGUCCIONI

Direttore di Struttura complessa
Cardiologia II - C.T.O.
Via San Nemesio, 28 - 00145 Roma
Tel. 06/51003741
Fax 06/51003806
e-mail: uguccioni.massimo@aslrmc.it



“La fabbrica dei Sogni”


Quando l’Ospedale rischia di diventare una fabbrica di automobili

di Francesco Maria Bovenzi

Sempre più vivo e incalzante è il dibattito sui costi e sui benefici di una riorganizzazione del Sistema Sanitario per intensità di cura, orientata verso un’ottica di efficienza dell’erogazione nel servizio di tutela e cura della salute, al fine di renderlo snello, “lean”. Negli ultimi dieci anni molte organizzazioni sanitarie hanno rivolto il loro sguardo verso questa filosofia “lean”, che prende spunto dal modello organizzativo e culturale della

Toyota, noto come *Toyota Production System*. A partire dal 1948 il fondatore della Toyota, Sakichi Toyoda, suo figlio Kiichiro e l’ingegnere Taiichi Ohno hanno elaborato il Toyota Production System dopo aver a lungo studiato e monitorato, negli Stati Uniti, il processo di produzione di automobili della Ford. Stupito dell’inconsistenza (“mura”) e della quantità di spreco (“muda”) di risorse durante il processo di produzione, il gruppo di Toyota trovò invece ispirazione nella

gestione dell’inventario di un supermercato statunitense dell’epoca, Piggly Wiggly, dove gli ordini di rifornimento dei prodotti erano basati su quanti prodotti venivano effettivamente venduti, minimizzando gli sprechi e la permanenza di merce superflua nei magazzini. In pratica questo supermercato, già sessant’anni fa, gestiva l’inventario secondo l’ormai diffuso metodo del “just in time”, ora implementato universalmente (si pensi all’IKEA o alla stessa



Esselunga), secondo cui i negozi sono riforniti in base all'effettivo andamento storico della domanda dei clienti. A partire da questo esempio, e attraverso uno studio approfondito volto a snellire la linea di produzione e a minimizzare gli sprechi, Toyota e i suoi hanno creato nel tempo un gigante dell'industria automobilistica, che ha avuto nella storia recente una profittabilità ben maggiore dei concorrenti, proprio grazie a questo approccio culturale volto ad una produzione snella ed essenziale. Questa cultura è poi cresciuta nei decenni successivi nella struttura Toyota, attraverso il concetto di "kaizen", o miglioramento continuo. Oggi è il mondo della Sanità, oberato dall'invecchiamento della popolazione, dalla difficile sostenibilità economica, dalle palesi inappropriately ed inefficienze, ad affacciarsi al successo della Toyota, cercando di trovare spunti per una riorganizzazione assistenziale volta ad una riduzione degli sprechi e ad una maggiore fluidità nell'erogazione del servizio: alcune strutture ospedaliere, come l'Ospedale di Bolton, nei pressi di Manchester, implementano oggi una architettura "lean" alla loro offerta assistenziale. In Italia, la Regione Toscana ha dato il via, con la Legge Regionale 40/2005, al Piano di Riordino Ospedaliero, prevedendo una grande innovazione non solo di natura edilizia, ma anche e soprattutto gestionale. Si tratta di una rivoluzione metodologica e organizzativa fondata sul "lean thinking" (pensare snello), che prevede un sistema flessibile, competitivo, di lotta agli sprechi, che auspica un utilizzo di

risorse strettamente necessarie e che rivendica la centralità del malato. L'intero Piano di Programmazione Sanitaria della Toscana è vincolato al nuovo modello di intensità di cura ed è contestualmente supportato da un investimento di circa 450 milioni di Euro per la costruzione di quattro grandi Ospedali. In altre Regioni italiane, ulteriori attori dell'universo "Salute", nel pubblico e nel privato, stanno studiando l'implementazione di questa filosofia "lean", al fine di riorganizzare l'assistenza sanitaria in termini di intensità di cura e di complessità assistenziale. Per tutti, in pratica, lo sforzo vuol essere quello di tradurre il *Toyota Production System* in un sistema assistenziale sanitario fluido, privo di vere e proprie divisioni (sia fisiche, sia concettuali) tra reparti di specializzazione, unificando l'erogazione del servizio e organizzando le Strutture sanitarie contro la caccia agli sprechi. A sostenere questa sorta di "rivoluzione copernicana" del mondo sanitario, che finora ha vissuto di piccole e graduali evoluzioni scientifiche, ma poche rivoluzioni organizzative, si adducono vantaggi economici letti in termini di efficienza (o minore "muda" per citare il metodo Toyota), e una osannata migliore "esperienza assistenziale" da parte del cittadino, che avrebbe il vantaggio di ritrovarsi costantemente al centro del sistema, perché seguito da figure "tutor" in grado di supportarlo e informarlo. Fatte queste premesse, vorrei mettere a nudo quello che mi pare essere il peccato originale di questo modello: una assoluta carenza di dati, sperimentazioni a lungo termine e larga scala ed

evidenze scientifiche a suo supporto. Partiamo da un dato di fatto: l'Azienda ospedaliera è mediamente una azienda a scarso rendimento. Per questo la salute è in molti paesi di pertinenza primariamente pubblica, proprio perché sono presenti "fallimenti di mercato", che renderebbero paradossalmente inefficiente dal punto di vista del benessere sociale (o equità) una gestione privata su larga scala della salute improntata su una logica di mero taglio di costi. E' per questo motivo che la Sanità moderna non può permettersi di emulare la competitività solo in termini di dogmi economici: non si può essere così ciechi da pensare che l'efficienza sia solo riduzione degli sprechi o risparmio, proprio perché il concetto di efficienza abbraccia più temi, di cui l'efficienza di costo è parte consistente per aziende private che producono beni tangibili, ma molto meno importante per Aziende sanitarie che offrono servizi al cittadino. Il benessere ("welfare") della popolazione è un bene inalienabile di uno Stato civile (detto appunto "Welfare State" nel mondo anglosassone), su cui si è basata la Rivoluzione sociale nella fine del XIX secolo e per tutto il XX secolo, e che ha finalmente sancito come il bisogno di salute sia un diritto di tutti i cittadini e non un privilegio di pochi. Allo stesso modo, il servizio di tutela e cura della salute non può essere valutato solo in termini economici ma anche in termini di qualità e quantità di salute prodotta. Il guadagno in efficienza che il cittadino riceve dall'erogazione del servizio sanitario non è solo misurabile in base a quanto, da contribuente, risparmia



Non sarà il canto delle sirene ad addormentarci il cuore, quando l'occhio di Ismaele si affaccia da dietro il sole, e nella schiuma della nostra scia qualcosa appare e scompare.

Non sarà il canto delle sirene che non ci farà guardare.


F. De Gregori

John William Waterhouse, Ulisse e le sirene, 1891

con riorganizzazioni gestionali ardite nei programmi e carenti di riscontri scientifici. Il guadagno in efficienza che il cittadino riceve dall'erogazione del servizio sanitario è la somma di tanti fattori quantitativi e qualitativi che non possono essere monetizzati. Entrando nello specifico dell'esempio toscano, mi chiedo come possa essere accettata e condivisa una riorganizzazione che viene sancita da una Legge Regionale, proposta dall'alto e senza concrete evidenze a supporto di efficacia in termini di vite salvate o risultati clinici. Nella sua forma attuale il progetto capovolge la tradizionale organizzazione ospedaliera fondata sulle specialità, cancellando l'identità dei differenti Reparti, pronta a riconvertirli in grandi Aree omogenee, sostenute da un corpo infermieristico di sistema, preparato a gestire gli aspetti organizzativi del posto letto. Il nuovo modello in sintesi sfida il nuovo paradigma del concetto di cura, tecnologico, multidisciplinare, in cui vengono disgiunte le componenti cliniche da quelle organizzative proprie delle cosiddette piattaforme produttive (Reparto, Blocchi, Ambulatori), forse delegate ai Dipartimenti, ma dei quali si parla poco o niente, solo per garantire maggiore produttività, economie di scala e ancora una volta più flessibilità. Il territorio, inoltre, rischia di non

essere culturalmente, socialmente, organizzativamente e scientificamente pronto ad accogliere tutta la cronicità tenuta fuori dagli Ospedali. Questo riordino che tralascia l'assistenza al cronico, prevede per di più una riduzione e una concentrazione di posti letto, a tipologia "funzionale", ubicati in grandi Aree di tipo medico e chirurgico. Come non immaginare in Aree mediche una sorta di caos clinico assistenziale partecipe della affollata solitudine del malato. La spinta verso un radicale cambiamento trova il forte razionale nell'agonizzata ricerca della efficienza del sistema, intesa ancora una volta meramente come caccia agli sprechi, agli errori, ma dove ogni obiettivo di efficacia della cura appare del tutto secondario rispetto alla efficienza di costo. Per evitare che le conquiste della collettività in tema di benessere pubblico possano piegarsi a logiche particolari è importante che i cittadini, gli amministratori e la comunità medica tengano a mente alcune criticità che possono risultare a prima vista meno evidenti rispetto ad una riduzione dei costi e ad una migliore esperienza del cittadino, ma che risultano fondamentali per una corretta visione d'insieme di ponderazione tra pro e contro del modello proposto, oltre che per la sopravvivenza stessa

della scienza medica a lungo termine. L'attuale divisione per specializzazioni consente al medico di sviluppare competenze ed esperienze molto approfondite su un determinato organo o apparato del corpo umano, fornendo la possibilità di assistere e fronteggiare con la massima "expertise" un paziente affetto da patologie che riguardano quel particolare contesto. Quale sarà il ruolo dello stesso medico in un Ospedale orizzontale, organizzato per processi o più in genere per intensità di cura? Come potrà un tutor interfacciarsi con il paziente e fornirgli assistenza in specialità che non sono di sua competenza? Potremmo discutere a lungo su questa enigmatica e anacronistica figura, dalle problematiche cliniche a quelle medico legali con la vaghezza del principio di affidamento. Si profila negli Ospedali un pesante ritorno al futuro, per non dire realmente al passato, quando si trattavano nelle grandi corsie pazienti di ogni tipo con poche competenze cliniche di disciplina. Allo stesso modo, risulta di fondamentale importanza chiarire quale sarà il ruolo e in quale spazio si potrà articolare la ricerca scientifica in un Ospedale strutturato e mappato per processi assistenziali, orizzontali tra i vari piani e verticali negli spazi omogenei. L'attività di ricerca è essenziale,



perché coadiuva il medico, gli fornisce maggiori conoscenze e nuove best practices per erogare il servizio di assistenza e cura. In tutte le scienze, e soprattutto nella medicina, non si smette mai di imparare e di confutare quanto si riteneva “best practice” il giorno prima. Infine, occorre riflettere sulla natura del modello. Nel mondo scientifico, prima dell’introduzione di un nuovo farmaco, che impatta sulla vita dei pazienti, si svolgono Trial clinici i cui benefici e gli eventuali effetti collaterali derivanti dalla somministrazione sono ben ponderati prima di essere adottati come evidenze nei protocolli e nelle Linee Guida terapeutiche. Certo non possiamo dire che si sta facendo lo stesso in campo organizzativo. Anziché partire con la sperimentazione ristretta del modello per intensità di cura (come un tampone per valutare eventuali reazioni allergiche) e valutarne nel tempo e sul campo pro e contro, minori sprechi o maggiori costi, sfide esistenti o possibili migliorie, si propone sulla base di proiezioni ed esempi limitati (sia per numero che per lasso di tempo) l’introduzione estensiva di questo modello, che coinvolge necessariamente Ospedali, molti dei quali tra l’altro hanno una edilizia inadeguata a sostenere i modelli operativi proposti. Tutto ciò non ci pare razionale, coerente e autenticamente “lean”, né dal punto di vista scientifico, né dal punto di vista economico, visto che eventuali svantaggi finirebbero per manifestarsi in modo esplosivo una volta implementato il progetto su larga scala, comportando poi un dispiego di sforzi economici ben maggiore della loro riparazione. La medicina si è enormemente sviluppata negli ultimi

decenni, diventando arte fortemente specializzata, in continua evoluzione, sempre più sofisticata e in costante miglioramento. Vedo in questo processo una linearità di sviluppo in cui l’attività scientifica di ricerca svolge un ruolo primario, rendendo sempre più evoluta e complessa la scienza medica e le sue conoscenze. Entrando più nello specifico del nostro ambito specialistico, ci chiediamo di cosa si avvale oggi la cultura cardiologica? E quale sarà domani il ruolo del Cardiologo? Sappiamo per certo che la Cardiologia sostiene con grande efficienza ed efficacia il peso epidemiologico delle cardiopatie, difende la sua identità unitaria, offre una preziosa trasversalità interdisciplinare, vive delle sue numerose positive evidenze nella ricerca, ma soprattutto dà prova di un grande progresso clinico e assistenziale nelle UTIC, fino ad oggi considerate insostituibili spazi di cura per aver contribuito a ridurre drasticamente la mortalità cardiovascolare. La comunità medica, a cominciare dalla Cardiologia, che negli anni ha assunto una grande responsabilità e un’insostituibile autorità morale legata alla rilevanza sociale del ruolo esperto dei Cardiologi, dovrebbe valutare con critica attenzione il modello in questione, data l’entità della rivoluzione proposta e la reale centralità della salvaguardia della salute del cittadino. E’ giunto il momento di fermarsi, di coinvolgere chi lo ha elaborato asetticamente nei Laboratori della Scuola Superiore Sant’Anna, ponderarne criticamente i suoi pregi e denunciarne serenamente i suoi difetti, oltre a valutare le opportunità e le minacce conseguenti a una sua diffusa realizzazione, al fine di comprendere se

effettivamente una filosofia “lean”, o che dir si voglia per intensità di cura, per processi in grandi aree e setting assistenziali, possa risultare importabile in larga scala nel mondo della Sanità pubblica. L’utilizzo di un modello organizzativo “lean” in Sanità deve scontrarsi con la constatazione che la cura e la tutela della salute dell’uomo è ben più complessa della produzione di una automobile. L’adozione di una cultura organizzativa lineare, priva di sprechi non è assolutamente un male di per sé: bisogna però essere attenti a non scivolare in una organizzazione dove la ricerca e il servizio specialistico non siano sopraffatti da imperativi organizzativi. I vantaggi di una organizzazione più fluida e la lotta agli sprechi sono target giusti per ogni sistema, privato e pubblico, dal settore automobilistico ai servizi sanitari. Ma se già nel settore automobilistico, una società come Toyota si trova coinvolta, proprio in questi mesi, in difetti di fabbricazione al pedale di accelerazione, comportando circa nove milioni di richiami di autovetture vendute, oltre ad una grande perdita di immagine e di danno economico notevole, bisogna a maggior ragione tenere conto delle specificità e della delicatezza del mondo del servizio sanitario, dove tutto ruota attorno alla macchina più complessa, e per fortuna irripetibile, esistente in natura: l’uomo. Non dimentichiamoci che nel suo viaggio alla ricerca di esperienza e conoscenza, Ulisse, si ritrovò a sottrarsi alle tante sirene che gli offrivano facili approdi ostacolando il ritorno alla madrepatria Itaca. E noi Cardiologi, stiamo seguendo il canto delle sirene?

AREA ARITMIE**Chairman** Massimo Zoni Berisso (Genova - Sestri Ponente)**Co - Chairman** Maurizio Landolina (Pavia)**Comitato di Coordinamento**

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)

Giampiero Maglia (Catanzaro)

Claudio Pedrinazzi (Crema)

Gianluca Zingarini (Perugia)

www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/**AREA CHIRURGICA****Chairman** Luigi Martinelli (Milano)**Co - Chairman** Pierluigi Stefano (Firenze)**Comitato di Coordinamento**

Mauro Cassese (Catanzaro)

Giuseppe Faggian (Verona)

Giovanni Marchetto (Cagliari)

Daniele Maselli (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica/**AREA EMERGENZA - URGENZA****Chairman** Giuseppe Fradella (Firenze)**Co - Chairman** Maddalena Lettino (Pavia)**Comitato di Coordinamento**

Roberto Ceravolo (Catanzaro)

Marco Milo (Trieste)

Alessandro Pani (Cagliari)

Paolo Trambaiolo (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza/**AREA INFORMATICA****Chairman** Guido Giordano (Catania)**Co - Chairman** Antonio Mantero (Milano)**Comitato di Coordinamento**

Paolo Barbier (Milano)

Domenico Di Girolamo (Caserta)

Walter Pitscheider (Bolzano)

Alfredo Posteraro (Tivoli - RM)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica/**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE****Chairman** Andrea Rubboli (Bologna)**Co - Chairman** Loris Roncon (Rovigo)**Comitato di Coordinamento**

Ermanno Angelini (Brindisi)

Michele Azzarito (Roma)

Bianca Maria Fadin (Cremona)

Matteo Rugolotto (Treviso)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo/**AREA MANAGEMENT & QUALITÀ****Chairman** Evasio Pasini (Lumezzane - BS)**Co - Chairman** Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)**Comitato di Coordinamento**

Paolo Corsetti (Torino)

Jessica Italiani (Pescia - PT)

Vincenzo Lenti (Taranto)

Giacomo Levantesi (Vasto - CH)

www.anmco.it/aree/elenco/management/**AREA NURSING****Chairman Medico** Vincenzo Martinelli (Tortona - AL)**Co - Chairman Medico** Giuseppe Trocino (Monza - MI)**Chairman Infermiere** Lucia Sabbadin (Trento)**Co - Chairman Infermiere** Cristiana Caredda (Cagliari)**Comitato di Coordinamento**

Gioia Cassoni (Roma)

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Paola Di Giulio (Milano)

Gaetano Satullo (Messina)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing/**AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE****Chairman** Stefano Urbinati (Bologna)**Co - Chairman** Pompilio Faggiano (Brescia)**Comitato di Coordinamento**

Francesco Boncompagni (Cosenza)

Francesco Fattirolli (Firenze)

David Mocini (Roma)

Gian Piero Perna (Ancona)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione/**AREA SCOMPENSO CARDIACO****Chairman** Michele Senni (Bergamo)**Co - Chairman** Gianfranco Misuraca (Cosenza)**Comitato di Coordinamento**

Mariantonietta Cicoira (Verona)

Giovanni Cioffi (Trento)

Paolo Midi (Genzano di Roma - RM)

Massimo Piepoli (Piacenza)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/

La terapia antitrombotica nelle sindromi coronariche acute: la scelta dei farmaci tra passato e futuro valutando vantaggi e complicanze

di M. Lettino e G. Fradella

L'aterotrombosi è la principale responsabile degli eventi ischemici acuti che si manifestano nei pazienti con malattia coronarica. La rapida formazione di un trombo in corrispondenza di una placca aterosclerotica instabile è prodotta dalla concomitante attivazione della cascata emocoagulativa e delle piastrine, che interagiscono tra loro con meccanismi di amplificazione e propagazione. La terapia antitrombotica è pertanto la componente più importante del trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA) e, poiché il processo emocoagulativo e soprattutto l'attivazione piastrinica sono promosse da numerosi mediatori e da diversi passaggi enzimatici, si è sviluppato nel tempo un approccio multi - farmacologico alla malattia, il cui scopo è quello di limitare gli effetti drammatici dell'evento acuto prevenendo le recidive.

La terapia anticoagulante

Le Linee Guida internazionali hanno definitivamente sancito l'indicazione all'impiego di un anticoagulante per via parenterale in fase acuta sia nei pazienti con SCA non associata a sopra - ST che nei pazienti con infarto STEMI. Le prime evidenze scientifiche con casistiche di grosse dimensio-

ni sono state prodotte a partire dagli anni '90 e hanno condotto dall'eparina non frazionata alla possibilità di utilizzare preparati dotati di un effetto molto più predittivo sulla coagulazione come le eparine a basso peso molecolare. Queste ultime, e in particolare l'enoaparina, hanno dimostrato la propria efficacia nei pazienti con infarto STEMI trattati con terapia fibrinolitica, generando una riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori intraospedalieri e al follow - up, anche se questo si è associato all'incremento delle complicanze emorragiche, soprattutto nei pazienti di età avanzata, e nonostante la riduzione di posologia negli anziani e in tutti i casi di compromessa funzione renale. Nei pazienti con infarto senza sopra - ST (infarto NSTEMI) l'enoaparina è risultata più efficace dell'eparina non frazionata, anche in associazione agli inibitori del recettore glicoproteico GP IIb IIIa e alle procedure di rivascularizzazione percutanea, ancora una volta con un incremento delle complicanze emorragiche.

Le complicanze emorragiche e i nuovi farmaci

E' stata peraltro documentata una associazione statisticamente significativa fra i sanguinamenti che si verifica-

no nella fase acuta di una SCA e che sono favoriti dalla terapia farmacologica antitrombotica e la probabilità che si manifesti un maggior numero di eventi ischemici a breve e medio termine, come la morte cardiovascolare, l'infarto e lo stroke. Il dato è stato confermato all'analisi retrospettiva sia dei Registri osservazionali che degli Studi clinici randomizzati ed è risultato particolarmente rilevante nella popolazione di età avanzata e di sesso femminile, soprattutto quando sono presenti comorbidità che rendono comunque più complessa la corretta gestione dei farmaci e delle rispettive posologie. Fondaparinux e bivalirudina, rispettivamente ad azione Anti - Xa e ad attività antitrombinica diretta, sono gli ultimi anticoagulanti comparsi nello scenario del trattamento acuto delle SCA, entrambi caratterizzati da un minor numero di sanguinamenti maggiori prodotti dal rispettivo impiego ed entrambi non inferiori alle eparine nella riduzione degli eventi ischemici. La farmacocinetica di ciascuno di essi e le modalità con cui sono stati sperimentati ha messo in luce una indicazione del primo nelle SCA non candidate ad una strategia interventistica urgente o nello STEMI non ripperfuso o fibri-

nolisato e, per la bivalirudina, una indicazione all'utilizzo nel paziente sottoposto a procedure di rivascolarizzazione percutanea (STEMI e NSTEMI), soprattutto nelle condizioni nelle quali il rischio emorragico è alto e sussistono perplessità circa l'uso degli inibitori piastrinici per via endovenosa. Entrambi i farmaci hanno una buona predittività dell'effetto anticoagulante alla posologia indicata e non richiedono alcuna forma di monitoraggio.

Gli antiaggreganti piastrinici

Per quanto concerne i farmaci anti-piastrinici, l'associazione di aspirina e clopidogrel è diventata l'indicazione di primo livello in tutti i tipi di Sindrome Coronarica Acuta. Gli studi CURE, CLARITYTIMI 28 e COMMIT hanno documentato, rispetto alla sola aspirina, un beneficio a breve e lungo termine della doppia antiaggregazione nei pazienti con SCA NSTEMI, indipendentemente dall'esecuzione di una angioplastica e nei pazienti con STEMI trattati con terapia fibrinolitica. Si è però rilevata nel tempo una documentata "resistenza" al clopidogrel, intesa come inefficacia del farmaco nell'ottenere sempre una inibizione irreversibile del recettore piastrinico per l'ADP. Il clopidogrel è un pro-farmaco del quale meno del 20% va incontro ad alcuni passaggi ossidativi, mediati dal citocromo P450, che conducono alla produzione di un metabolita attivo. E' stata dimostrata l'esistenza di polimorfismi genetici sia degli enzimi che agiscono in fase di assorbimento che, soprattutto, delle isoforme del citocromo P450, la cui presenza condiziona una ridotta funzione enzimatica e pertanto una ridotta biodisponibilità del principio

attivo di clopidogrel. Il fenomeno ha una penetranza variabile nella popolazione generale, ma sembrerebbe presente nel 30% circa dei soggetti di razza caucasica, e contribuirebbe a sostanziare la variabilità di risposta interindividuale al farmaco dimostrata con i test di laboratorio.

I nuovi antiaggreganti

La ricerca scientifica che ha prodotto nuovi antiaggreganti è stata indirizzata al superamento di questo problema e alla individuazione di nuove molecole che, a differenza del clopidogrel, non manifestassero una considerevole variabilità di effetto interindividuale: sono così comparsi sulla scena del trattamento antitrombotico di tutte le SCA sia prasugrel, una tienopiridina di terza generazione, precursore di un metabolita attivo identico a quello di clopidogrel, che ticagrelor, inibitore competitivo del recettore per l'ADP. Entrambi sono stati preliminarmente testati con le metodiche di valutazione *ex vivo* della funzione piastrinica e per entrambi è stato confermato il principio che la maggiore efficacia e omogeneità d'azione in quel contesto si traduce in una migliore prevenzione degli eventi cardiovascolari maggiori in ambito clinico. I nuovi farmaci hanno prodotto anche un maggiore numero di effetti indesiderati e soprattutto di sanguinamenti maggiori e questo, al momento attuale, pone il Cardiologo di fronte alla scelta di un farmaco più potente o semplicemente più efficace, che può comportare una maggiore probabilità di sanguinamento, e il cui uso andrà valutato secondo il profilo di rischio del paziente trattato.

Il futuro

Qual è pertanto la maggior sfida della nuova terapia antitrombotica per gli specialisti che si trovano a fronteggiare un numero crescente di Sindromi Coronariche Acute e l'incremento degli eventi in una popolazione sempre più anziana? Verrà prima di tutto cimentata la capacità individuale di scegliere i singoli farmaci e le loro associazioni secondo le diverse tipologie dei pazienti, minimizzando il rischio degli effetti indesiderati per ottimizzarne il beneficio. Sarà richiesta una adeguata competenza in questo senso, così come nella gestione delle complicanze emorragiche, attraverso l'implementazione di sistemi di prevenzione e controllo del sanguinamento e di protocolli da impiegare quando si rende necessaria l'interruzione di terapie antitrombotiche a lunga emivita, senza esporre inappropriatamente il paziente a complicanze gravi come l'occlusione trombotica acuta di uno stent. L'ANMCO, in quanto Società Scientifica nazionale fortemente coinvolta nei programmi educazionali per i Cardiologi che si occupano di SCA, e l'Area Emergenza - Urgenza al suo interno, hanno fatto propria l'iniziativa di promuovere attività formative volte ad accrescere la cultura sui temi dell'aterotrombosi e delle terapie anticoagulanti e antiaggreganti, partendo dal razionale all'uso dei principi attivi, per arrivare, attraverso l'analisi critica delle evidenze scientifiche, alla formulazione, quando possibile, di criteri di scelta tra i singoli preparati, allo scopo di offrire un servizio di grande utilità per tutti gli specialisti impegnati nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e per tutti coloro che si troveranno a gestire le emergenze.



La Clinica non può più fare a meno dell'Informatica

Governare o subire l'Information Technology in Cardiologia? Governare!

di Antonio Mantero

Sono ad una festa di bambini. Intorno a me guardo affascinato ed un pò incredulo i videogiochi sul megaschermo dei padroni di casa. Su quegli strani comandi adorabili manine interagiscono con folle velocità. Il controllo sulle automobili e motociclette che vedo rappresentate con una incredibile aderenza alla realtà è impressionante. Prendo il controllo dalle mani di mia figlio, l'interfaccia è facile. Incredibile, dopo pochi tentativi, mi diverto anch'io. Sono in treno sulla Frecciarossa tra Milano e Bologna a

quasi 300 Km/ora. Molti passeggeri hanno in mano un I Phone: parlano al telefono, ascoltano musica, guardano un film, scrivono documenti, si connettono e inviano messaggi, controllano l'agenda, sfogliano le immagini dei loro cari. La maggior parte dei "virtuosi" ha conoscenze di base molto superficiali ma, grazie all'interfaccia intuitiva, sembrano tutti ingegneri informatici. Sono in ritardo per la cena di lavoro. Dovrò fare un assegno e non ho chiara l'entità delle spese dell'ultimo mese. Mi fermo all'angolo della strada ad un Bancomat,



infilo la carta nella macchina, digito la password e dopo pochi secondi ho la stampata delle mie entrate ed uscite. L'interfaccia è talmente intuitiva che tutti usano abitualmente questo strumento senza alcuna difficoltà. La cena era un po' pesante e, come al solito, ho mangiato troppo. Vado a coricarmi ma un incubo ricorrente mi rende difficile il sonno... Sono di guardia nel mio Ospedale Universitario della Grande Milano da Bere dove l'informatica è arrivata! Sono nell'élite della Information Technology in Cardiologia: ho una Cartella Clinica Informatizzata e sto usandola! Vorrei controllare il Diario Clinico del paziente appena ricoverato in UTIC. L'interfaccia è quanto di meno intuitivo possa esistere. Il percorso che devo attivare per approdare alla videata del Diario Clinico è di 16 clic. Li elenco perché è difficile da credere che esista

- questa *via crucis* del mouse:
- 1 clic sull'icona del sistema;
 - 2 clic per rispondere all'avviso di protezione del sistema;
 - 3 clic sul nome utente;
 - 4 clic su password;
 - 5 clic su conferma;
 - 6 clic sulla scelta tra 4 opzioni di sottoprogrammi;
 - 7 clic di scelta in un menu con 5 opzioni disponibili;
 - 8 clic dopo apertura di un sottomenu a tendina per scelta successiva;
 - 9 clic sulla scelta del presidio (ma il sistema non sa in quale ospedale sono?);
 - 10 clic per apertura menu dei Reparti (ma il sistema non sa che chi si è connesso è un Cardiologo e sta scrivendo dalla UTIC?);
 - 11 clic per scegliere il mio Reparto: la Cardiologia (vedi sopra);
 - 12 clic per attivare la ricerca;

13 clic per aprire la camera dove è ricoverato il paziente;

14 clic per scegliere tra i pazienti della camera quello giusto;

15 clic per accedere alla sezione Diario;

16 clic per accedere a quanto scritto sul Diario.

Bene, percorrendo percorsi tortuosi scarsamente intuitivi, leggo l'esame obiettivo, i parametri vitali, la terapia... Al termine chiedo al paziente il CD della coronarografia eseguita circa tre anni fa. Ovviamente nell'ultimo trasloco ha perso tutto. Crede di ricordare che fosse stata rilevata una stenosi sull'IVA (o era la CX?). E come era il restante circolo coronarico? Lui fa il commerciante... Ovviamente se la coronarografia è stata eseguita in un altro Centro la ricerca non può nemmeno iniziare. Se è stata eseguita nel nostro Ospedale devo

armarmi di buona volontà, andare alla workstation degli Emodinamisti, accedere al loro sistema (password diversa) e, se sono molto in forma, in una decina di minuti riesco a rivedere la coronarografia. Ma il paziente non aveva anche una aorta ascendente dilatata? Lui dice “un poco” e non sa dire di più. Nella migliore delle ipotesi possibili devo cercare il Radiologo, scendere al secondo piano interrato, chiedergli la cortesia di aprire il PACS della Radiologia e vedere finalmente l’immagine. Ma la frazione di eiezione, che in una eco di tre anni fa era del 55% e ieri del 35%? Per fortuna ha eseguito l’esame da noi, vado in una workstation del Laboratorio digitale, entro nel sistema, altra password, e vedo i media. Se volessi leggere la visita ambulatoriale, gli esami ematochimici, la visita di accettazione in PS avrei analoghe difficoltà. Il mattino è arrivato, mi sono svegliato di malumore, con un cerchio alla testa ed un chiodo fisso: la Clinica non può più fare a meno dell’Informatica. E’ indispensabile recuperare il tempo perso. Perché nel momento in cui negli Stati Uniti si riprogetta la Sanità mettendo al centro l’Informatica applicata alla Clinica, da noi il problema viene relegato con malcelata irritazione tra quelli marginali di un manipolo di impallinati? Intanto, mentre noi ci occupiamo della gestione clinica dell’ordinario, i “Bocconiani”, in ovattati uffici nei piani nobili, orientano le scelte all’acquisto di sistemi progettati per l’analisi dei dati. Il risultato è che noi, nelle nostre ruvide postazioni di lavoro, non abbiamo accesso ai media e non possiamo vedere gli esami dei nostri pazienti. Per contro i nuovi

eroi della Sanità Pubblica controllano tutto quello che ci riguarda e, in plenarie riunioni di budget ove le squadre sono schierate 10 contro 1, si conclude con l’innovativa richiesta di “riottimizzare le risorse”. Dietro a tutto questo c’è la sintesi della nostra sconfitta come comunità di Medici e di Cardiologi che ha accettato l’ipertrofia dell’informatica Amministrativa e l’atrofia dell’Informatica Clinica.

Da dove ripartire?

Da alcune considerazioni apparentemente elementari che si riassumono in un concetto: la Clinica non può più fare a meno dell’Informatica. Investimenti. Dobbiamo realizzare investimenti importanti nell’Information Technology in Cardiologia per arrivare a strumenti intuitivi e facili da utilizzare come un I Phone. Solo così, rivoluzionando il modo di fare il Cardiologo, si otterranno qualità delle cure e risparmio di procedure ridondanti. E’ indispensabile pretendere la “prova”. Come da anni fanno i Colleghi Radiologi dobbiamo rendere disponibili, per ogni atto medico, i media (la “prova”) di quello che viene scritto sul un Referto cartaceo. L’impegno e la qualità degli esami diagnostici, delle procedure interventistiche, degli atti chirurgici migliorerebbero immediatamente se chiunque e per sempre potesse giudicare la correttezza della diagnosi o del processo decisionale. Quante angioplastiche, biventricolari o interventi cardiocirurgici discutibili potrebbero essere evitati? Il fine è contenere i costi evitando di ripetere inutilmente esami dei quali abbiamo Referto e “prova”. Quante volte dubitiamo del referto cartaceo di un esame ecocardiografi-

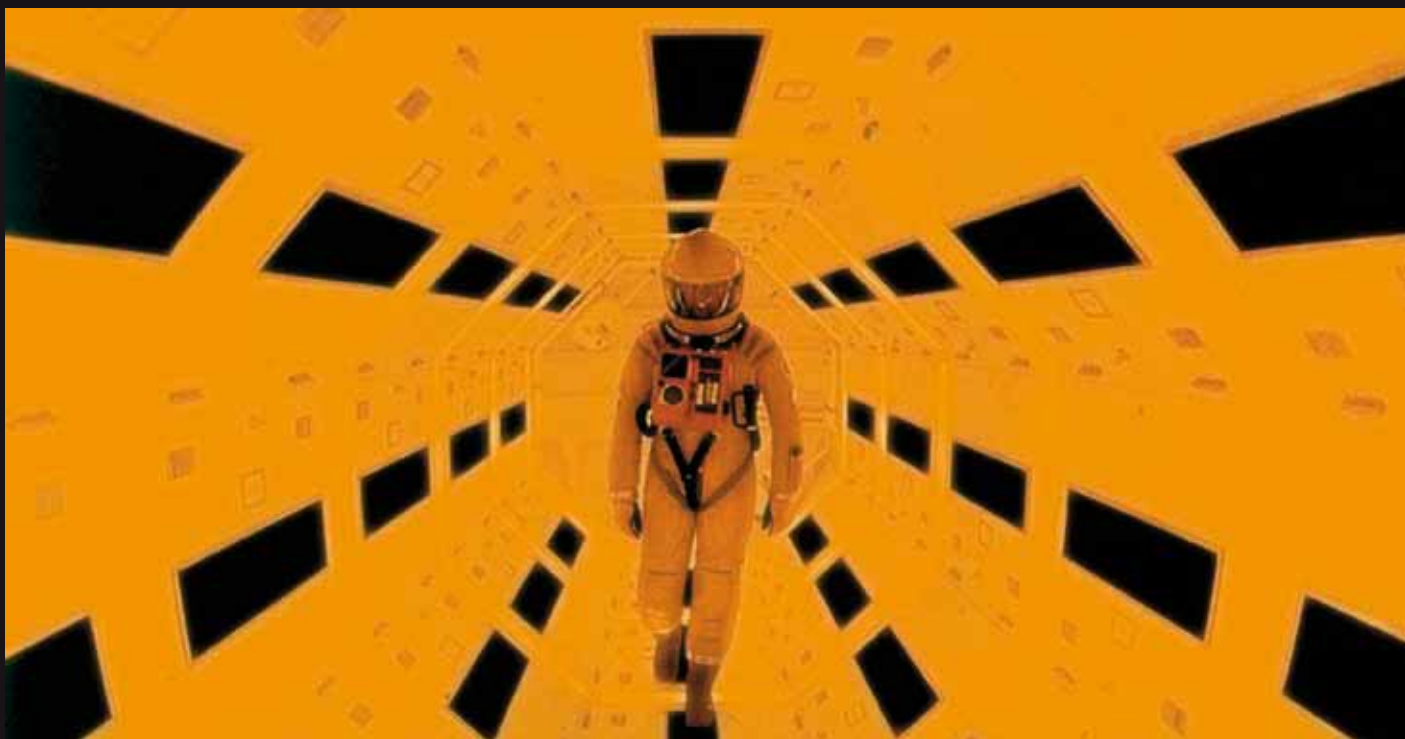
co, di una coronarografia, di una TC o di una RM e, non essendo disponibili i media, siamo costretti a ripeterli? Anche i Medici devono pretendere di “riottimizzare le risorse”. Il maggior intervento di politica sanitaria che una grande Società Scientifica possa proporre nei prossimi 5 anni è questo: investiamo nell’Informatica applicata alla Clinica. Le risorse in Sanità sono scarse per definizione: è ora di ridimensionare gli investimenti nella macchina amministrativa che ha visto una esplosione di costi che nessuno ha misurato, è ora di evitare ripetizioni di esami già fatti con inutili esposizioni a radiazioni ionizzanti ed è ora di rendere trasparenti le indicazioni alle varie procedure (tutte non con controlli a campione).

Cosa deve fare l’ANMCO?

Molte cose nel tempo ma tre subito: 1) capire che stanno scappando i buoi; 2) scrivere le regole che stimolino le Aziende, in una leale concorrenza tra loro, ad investire nel settore della gestione clinica dei pazienti; 3) diffondere capillarmente la cultura dell’interesse clinico dell’Information Technology.

Conclusioni

Tutti noi dell’Area Informatica siamo convinti che sia necessario un colpo d’ala per governare il futuro dell’Information Technology. Negli Stati Uniti lo hanno capito. Per una volta: vogliamo evitare che passino 20 anni prima di capirlo anche noi?



2010: odissea nell'IPER - spazio

di *Andrea Rubboli*

Il sostantivo “odissea” del titolo è stato scelto in realtà solamente per catturare l'attenzione del lettore attraverso l'assonanza con il capolavoro cinematografico di Stanley Kubrick: è nostra intenzione infatti condurre chi legge, e chi prende parte al 41° Congresso Nazionale ANMCO, in un viaggio nel mondo dell'Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER) certamente più breve e meno travagliato di quello di Ulisse.

L'Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER)

Come precedentemente segnalato nelle pagine di questa rivista (“Houston, we have a problem” di A. Rubboli, “Cardiologia negli Ospedali”, N. 170 - 171, luglio/agosto - settembre/ottobre 2009), il Congresso di quest'anno prevede, al posto delle tradizionali riunioni degli Iscritti alle singole Aree, dei veri e propri Simposi scientifici da queste autonomamen-

te programmati ed organizzati. Il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ha deliberato di presentare in tale occasione i risultati dell'analisi ad interim dell'Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER). Questa iniziativa è nata nel 2006 per opera di Franco Casazza dell'Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano con il programma di includere prospetticamente i dati relativi a pazienti con embolia polmonare acuta. Gli obiettivi dell'Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER) sono di carattere:

- (a) formativo - educativo, volto a fornire al Medico un approccio sistematico, sintetico ma completo, dell'embolia polmonare nei suoi vari aspetti clinico - strumentali, terapeutici e prognostici,
- (b) epidemiologico, sulla gestione e l'outcome dell'embolia polmonare nella variegata realtà ospedaliera

italiana e

(c) scientifico, attraverso l'analisi statistica dei dati. Lo stato di avanzamento del progetto può essere consultato liberamente ed in tempo reale all'indirizzo web www.registroep.org ove è anche possibile registrarsi per aderire all'iniziativa. In estrema sintesi, al momento sono attivi 41 dei 55 Centri partecipanti ed i pazienti arruolati sono circa 1.200. Dopo una accurata revisione di qualità dei dati inseriti, è stato possibile effettuare una analisi dei primi 1.000 pazienti che verrà appunto presentata nei suoi aspetti salienti in occasione del Simposio al 41° Congresso Nazionale.

Il Simposio “L'embolia polmonare acuta all'inizio del terzo millennio: dati dall'Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER)”

Il giorno 21 maggio dalle ore 12.45 alle ore 14.00 si terrà il Simposio,

intitolato “L’embolia polmonare acuta all’inizio del terzo millennio: dati dall’Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER)”. Esso sarà moderato dal Chairman dell’Area Andrea Rubboli e dal componente del Comitato di Coordinamento Bianca Maria Fadin e vedrà la partecipazione, oltre che del Chairman del Registro, Franco Casazza, che introdurrà l’evento e presenterà il Registro stesso, degli Investigatori di alcuni dei Centri maggiormente coinvolti nell’iniziativa. Claudio Cuccia riporterà i risultati relativi alle caratteristiche epidemiologiche e di presentazione clinica dei pazienti, mettendole anche in relazione con il loro outcome clinico. Tra i risultati più interessanti emerge la maggiore sensibilità e specificità di un semplice strumento quale l’indice di shock (rapporto Frequenza Cardiaca/Pressione Arteriosa Sistolica) rispetto al valore di pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg raccomandato nelle più recenti Linee Guida per identificare i pazienti “ad alto rischio”, nel predire la mortalità globale e per embolia polmonare di questi pazienti. Giuseppe Favretto presenterà invece i dati relativi all’impiego delle varie metodiche strumentali nell’iter diagnostico dell’embolia polmonare. In accordo con quanto raccomandato nelle più recenti Linee Guida, l’angio - TAC del circolo polmonare è risultata la metodica più frequentemente utilizzata, mentre assai minore è stato l’impiego dell’ecodoppler venoso ed ancor più della scintigrafia polmonare, sia nella fase iniziale a scopo diagnostico che pre - dimissione a scopo prognostico per l’identificazione di difetti di perfusione residui dopo trattamento farmacologico anticoagulante o fibrinolitico.



Di interesse è il rilievo anche in circa il 50% dei pazienti clinicamente a “non alto rischio” secondo la classificazione delle più recenti Linee Guida la localizzazione dei tromboemboli fosse prossimale, a conferma che la classificazione di gravità debba fondarsi su elementi clinici e non anatomici. Altrettanto di interesse sono i dati relativamente alle strategie terapeutiche che verranno presentati da Loris Roncon. Da questi emerge l’estensivo ricorso alla terapia eparinica, soprattutto infusione con eparina non frazionata piuttosto che sottocutanea con eparine a basso peso molecolare, oltre all’uso ristretto della trombolisi e quello realmente occasionale delle metodiche di ricanalizzazione meccanica. Degno di nota, e di riflessione, è anche il dato di un utilizzo della terapia fibrinolitica non correlato alla gravità di presentazione clinica, al contrario di quanto correntemente raccomandato. Amedeo Bongarzone infine, puntualizzerà la situazione italiana relativamente ad un aspetto misconosciuto, scarsamente indagato e soprattutto non ancora codificato, quale quello del follow - up dei pazienti con embolia polmonare acuta. I dati del Registro evidenziano che in oltre

il 50% dei pazienti sono state ottenute informazioni a distanza di 3 mesi dalla dimissione e che in circa il 70% di questi è stata anche effettuata una valutazione clinica e strumentale (essenzialmente con ecocardiogramma). Tale risultato va senz’altro considerato positivo, denotando in qualche modo la diffusione di una nuova “cultura” dell’embolia polmonare che non si limita a considerare gli aspetti della fase acuta, ma che tiene anche in considerazione altri elementi in grado di influenzare la prognosi a lungo termine (ad esempio attraverso lo sviluppo di ipertensione polmonare). Seppur preliminari e limitati ad una porzione della casistica che complessivamente verrà inclusa nell’Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER), i dati che verranno presentati al Simposio dell’Area Malattie del Circolo Polmonare al 41° Congresso Nazionale ANMCO vanno considerati di grande interesse. A tutt’oggi infatti non esiste nel nostro Paese una banca dati di queste dimensioni e caratteristiche che identifichi le modalità correnti di gestione dell’embolia polmonare, permettendo quindi di individuare eventuali criticità e di programmare opportune azioni di miglioramento. Poiché il confronto è fondamentale per la crescita degli operatori ed il miglioramento dell’assistenza, confidiamo che la partecipazione al Simposio sia la più ampia possibile e veda il coinvolgimento tanto dei Centri che partecipano al Registro quanto (e possibilmente ancora di più) di coloro che invece non ne fanno parte.

Cardionursing 2010: gli Infermieri si confrontano

di G. Cassoni e L. Sabbadin

**“Dalla teoria alla pratica”
è il motivo conduttore del
Cardionursing 2010
Più spazio al confronto,
alla discussione, ai Casi
Clinici, alla presentazione
di esperienze e ricerche
infermieristiche**

Il Cardionursing 2010 si presenta rinnovato, nella forma e nella sostanza, in base a suggerimenti e critiche costruttive pervenute dai Colleghi che segnalavano una eccessiva ridondanza di argomenti, con difficoltà a seguire le Sessioni di interesse perché contemporanee. Abbiamo cercato di dare vita ad un Congresso più agile, in parte più breve, ma, speriamo, comunque ricco di argomenti stimolanti. Lo scopo principale rimane quello di permettere al maggior numero possibile di Colleghi di partecipare, confrontarsi, discutere, proponendo Sessioni di

mica; il numero di iscrizioni molto elevate sembra confermare la validità della scelta. Un Congresso nuovo nella forma, ma anche nei contenuti, che cerca di coniugare la vera difficoltà dell'agire quotidiano, cioè il passaggio dalla teoria alla pratica. Gli Infermieri esprimono la difficoltà di declinare nell'attività di ogni giorno gli assunti teorici dell'azione assistenziale che deve fare riferimento a principi scientifici, garantire risultati assistenziali, con la consapevolezza però che non si può prescindere dalla volontà di costruire insieme le conoscenze, confrontarsi sul valore delle competenze

Un Congresso rinnovato nella forma, occasione di dibattito e confronto sui temi “caldi” dell'assistenza infermieristica in Cardiologia

confronto su alcuni dei temi più “caldi” dell'assistenza al paziente cardiologico. I Minimaster, seguiti ogni anno da un grande numero di Colleghi Infermieri, come programmati negli anni scorsi, rendevano molto faticosa la partecipazione; si è pensato così di proporli raggruppati in un unico pomeriggio, prima dell'inizio del Congresso vero e proprio, favorendo così la natura stessa di questa iniziativa quale momento di approfondimento su alcune tematiche. Saranno proposti approfondimenti sui punti cardine dell'assistenza al paziente cardiologico: scompenso cardiaco, prevenzione, elettrocardiografia e cardiopatia ische-

acquisite. Abbiamo scelto di dare molta enfasi alle Comunicazioni, alla presentazione di esperienze ed alla discussione di Casi clinico - assistenziali perché riteniamo che sia il vero modo per favorire un confronto concreto in grado di fornire spunti applicabili. Le Comunicazioni sono state considerate un importante *trait d'union* tra la teoria e la pratica pertanto abbiamo scelto di inserire all'interno delle varie Sessioni una Comunicazione, che presentasse una esperienza, o portasse i risultati di una ricerca fatta “sul campo”. I temi delle varie Sessioni hanno cercato di seguire il filo conduttore che ci siamo dati; la Main

Session di apertura è dedicata ai modelli organizzativi capaci di influenzare i risultati e la qualità dell'assistenza. Partendo da questi cercheremo di proporre delle riflessioni sull'evoluzione professionale del Nursing e sulle nuove competenze richieste. Risk Management e aspetti medico legali, due facce di una stessa medaglia che ha al centro il paziente, il Seminario sul triage dei grandi sintomi clinici (dolore toracico, dispnea e sincope) così come lo spazio dedicato all'assistenza al paziente cardiocirurgico e al paziente in attesa di trapianto cardiaco sono tematiche che verranno esplorate anche attraverso esperienze concrete e casi clinico - assistenziali. La ricerca infermieristica è sempre molto richiesta nonostante sempre più Infermieri si siano appropriati della metodologia della ricerca e siano in grado di proporre interessanti quesiti. Partiremo da alcune esperienze di ricerca infermieristica per rifare il punto sulla metodologia e sulle opportunità che questa offre. Molto si sta muovendo intorno alla ricerca, la formazione complementare sta formando professionisti che rendono disponibili competenze avanzate anche in questo ambito, ma molto deve ancora diventare patrimonio degli Infermieri che assistono il paziente cardiologico. Il Cardionursing 2010 sarà anche l'occasione per presentare i risultati dello studio QdF sulla qualità della vita dei pazienti con insufficienza cardiaca: un progetto che scaturisce dello Studio GISSI - HF, dove la partecipazione attiva degli Infermieri è stata determinante. Anche il Blitz 4 Qualità, Studio ANMCO attualmente in corso in molte UTIC italiane, offre

molti spunti di ricerca per Infermieri. La continuità assistenziale tra ospedale e territorio costituisce uno dei momenti dell'assistenza capace di influenzare la qualità di vita del paziente ed eventuali re - ricoveri, anche questo anno ci confronteremo, con la presentazione di nuove esperienze, con una a Tavola Rotonda che vedrà partecipare al dibattito tutti i protagonisti: Infermieri, Medici di Medicina Generale, Cardiologi, Amministratori, che cercheranno di aiutarci a passare "dalla teoria alla pratica". Il grande sviluppo tecnologico degli ultimi anni ha influenzato molto la diagnostica, l'interventistica e l'assistenza dei pazienti con particolare riferimento alla telemedicina. Alla Telecardiologia, ai vari ambiti di applicazione, alle problematiche emergenti è dedicata una interessante Sessione, ricca di esperienze attuate... via cavo! Lo sviluppo tecnologico introduce nuovi bisogni assistenziali che richiedono lo sviluppo di nuove competenze; tema "caldo" della professione in questo momento. L'assistenza diventa sempre più complessa, i pazienti sempre più impegnativi, la tecnologia sempre più avanzata. Ancora una volta, a partire da casi concreti, si cercherà di entrare nello specifico e approfondire le tematiche in elettrostimolazione ed elettrofisiologia, in emodinamica, in area critica. In questo campo l'interazione con altre professioni è fondamentale: non solo Cardiologi, Rianimatori o Medici Specialisti di altre discipline, ma anche figure tecniche (Tecnici di fisiopatologia cardiocircolatoria) che troveranno spazio proprio per riproporre anche in aula la complessità dell'èquipe assistenziale multiprofes-

sionale. Vorremmo metterci intorno ad un tavolo e ragionare su standard e progetti che abbiano veramente al centro il paziente, sentire il loro parere, dare spazio alle problematiche che vivono anche tutti i giorni nelle comuni realtà professionali è profondamente utile nell'ottica di una èquipe che cerca integrazione e sinergie, rispettando le diversità professionali. La Convention delle UTIC, sarà il momento "clou" dove tutte le professioni presenti al Congresso affronteranno insieme gli argomenti più attuali dell'assistenza al paziente "critico". A seguire, per approfondire ulteriormente argomenti di carattere organizzativo, c'è la Controversia dedicata alla formazione del personale nelle Unità Coronariche: "Multicompetenza o specializzazione", il titolo, non a caso provocatorio. Come sempre, si terrà la Riunione degli Iscritti all'Area, momento irrinunciabile di confronto tra i componenti del Comitato di Coordinamento, i Referenti Regionali e tutti gli Iscritti, alla quale chiediamo la partecipazione di tutti. Verranno presentate le attività realizzate in questo biennio, ci si confronterà sui progetti in cantiere per il post - Congresso, ma soprattutto raccoglieremo suggerimenti, critiche costruttive ed idee affinché l'Area Nursing sia un reale punto di riferimento per il Nursing cardiologico. Chiuderà il Congresso la Sessione congiunta con le Highlight: 10 minuti dove verranno presentati gli argomenti e le novità più significative emerse al Cardionursing. Insomma, un Congresso più snello, ma non per questo meno ricco di contenuti.

La IV Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari: le priorità e gli obiettivi della prevenzione in una Sanità che cambia

di Stefano Urbinati

Si è svolta a Roma nei giorni 14 e 15 aprile 2010 la Conferenza Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare organizzata dall'ANMCO, dalla Fondazione "per il Tuo cuore" e dall'Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione del GICR - IACPR. Si è trattato della IV Edizione dopo la prima del 1987 promossa dal Prof. Giorgio Feruglio e quelle del 1999 e del 2004. Durante quest'ultima erano state presentate le Carte del Rischio del Progetto Cuore, coordinato da Simona Giampaoli, ed era stata sancita una stretta collaborazione con il GICR. La IV Conferenza, che si svolge sei anni dopo la precedente, come hanno ricordato nell'introduzione Stefano Urbinati, Chairman dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, e Simona Giampaoli nasce da tre esigenze principali: fare il punto sulla collaborazione ANMCO - Fondazione "per il Tuo cuore" HCF - Istituto Superiore di Sanità attraverso la presentazione dei dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e l'aggiornamento della Carta del Rischio; riflettere sul ruolo della Cardiologia ospedaliera nei programmi di prevenzione cardiovascolare e sul suo rapporto con le istituzioni, i Cardiologi universitari e territoriali, i Medici di Medicina

Generale, gli altri professionisti coinvolti nella prevenzione cardiovascolare, ma anche con il mondo della comunicazione e della scuola; infine avviare una nuova fase della Cardiologia italiana che, dopo aver ottenuto risultati straordinari nella fase acuta, con significative ricadute sulla prognosi, deve ora estendere la rete alla gestione della fase post - acuta e cronica. In quest'ambito la IV Conferenza ha vinto la sua scommessa perché è riuscita a far dialogare tra loro mondi profondamente diversi, responsabilizzando i diversi attori coinvolti nella prevenzione cardiovascolare. Come ha detto Pantaleo Giannuzzi nella Lettura inaugurale c'è la necessità di andare verso una età della consapevolezza, in cui la Cardiologia assuma una maggiore responsabilità sui temi della prevenzione cardiovascolare e un ruolo più propositivo sul piano organizzativo. **I dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e l'aggiornamento della Carta del Rischio** Simona Giampaoli ha ragione: i nuovi dati, scaturiti dalla collaborazione tra ANMCO e Istituto Superiore di Sanità, sono innovativi e aprono prospettive nuove. Le Carte del Rischio in que-





sti anni sono diventate un compagno di strada per il MMG e per il Cardiologo: usate per scopi amministrativi (per definire chi ha diritto alla Nota 13), ma anche per identificare il soggetto a rischio intermedio, senza pretendere di sostituire, come sottolinea sempre Simona Giampaoli, la valutazione clinico - anamnestica. E poi è necessario ricordare che pochissimi paesi al mondo hanno il privilegio di avere carte costruite sulla propria popolazione. A caldo le cose che colpiscono di più tra i dati presentati in anteprima alla IV Conferenza, grazie allo sforzo al fotofinish di Simona Giampaoli, Luigi Palmieri, Chiara Donfrancesco e Diego Vanuzzo, sono la possibilità di utilizzare la glicemia come variabile continua, i trend dei fattori di rischio negli ultimi venti anni e nelle diverse fasce di età (35 - 54, vs 55 - 75 anni), l'estensione delle carte al quinquennio 70 - 74 anni, la conferma dell'importante ruolo prognostico delle HDL, la dimostrazione che nelle donne giovani, specie nel Sud, stanno aumentando in maniera preoccupante obesità e fumo. La stima del rischio cardiovascolare trova la sua maggiore implementazione nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale come ha dimostrato Alessandro Filippi, senza trascurare l'opportunità di eseguire una prevenzione sui luoghi di lavoro come suggerito da Ferrario e Borchini. La promozione

degli stili di vita: le Società Scientifiche, le Istituzioni, il mondo della Comunicazione, la Scuola, la Società Civile. E' stato confermato da tutti che, malgrado i dati preoccupanti sull'aderenza, è più facile fare assumere una terapia farmacologica che modificare uno stile di vita. E a questo proposito la IV Conferenza ha voluto affrontare le problematiche relative a fumo, esercizio fisico e alimentazione da diversi punti di vista. Riguardo al fumo, dopo la presentazione dei dati epidemiologici, sono stati messi a confronto Daniela Galeone del Ministero della Salute che ha mostrato i risultati ottenuti delle Campagne anti - fumo e dalle Leggi del 1995 e del 2003, con David Mocini che ha invitato i Cardiologi a non perpetuare in un atteggiamento fatalista, evitando di delegare l'adozione di misure per smettere di fumare ad altri, ma facendosi carico personalmente di mettere in atto alcune facili misure per cercare di contrastare questa abitudine. Sulle abitudini alimentari si sono confrontati Salvatore Panico che ha presentato i risultati dell'EPICOR, che fotografa l'evoluzione dello stile alimentare nella popolazione di cinque aree italiane, con Maurizio Abrignani, che ha elaborato proposte operative per implementare i programmi di educazione alimentare. E' giusto ricordare Ancel Keys, la dieta mediterranea e i suoi benefici, ma dobbiamo confrontarci anche

con abitudini che stanno cambiando, specie nei più giovani, e i forti interessi dell'industria agroalimentare e di parte della grande distribuzione che contrastano con la promozione di una alimentazione sana. Un concetto chiave è che è molto difficile contrastare uno stile di vita sbagliato, come ad esempio quello alimentare, agendo esclusivamente sul singolo, mentre è più efficace agire sull'intero contesto sociale, promuovendo una cultura del cibo sano. In quest'ambito è stato interessante ascoltare il parere di un giornalista come Davide Paolini, *Il Sole 24 ore*, che ha messo in guardia sulla necessità di considerare le complesse implicazioni delle nostre raccomandazioni: ad esempio è bene raccomandare il consumo di pesce due volte la settimana, ma anche pretendere che vengano effettuati maggiori controlli sulla sua qualità, dato che troppo spesso è ricco di sostanze nocive e proviene da bacini inquinati. E ancora colpisce che un esperto del gusto e della cucina non usi il sale non solo per i suoi effetti sulla salute, ma perché "copre" i sapori, o "assolva" la nuova pasticceria realizzata a base di olio di oliva. Con lui Massimiliano Alajmo, uno dei più importanti ristoratori italiani, parla lo stesso linguaggio degli psicologi quando sostiene la necessità che una alimentazione sana sia associata ad una riappropriazione del gusto, assaporando i cibi lentamente,

utilizzando il momento del pasto per “staccare”, fare decantare lo stress, riappropriarsi del proprio tempo. Anche la promozione dell’esercizio fisico è stata affrontata sia dal punto di vista del Cardiologo, considerati i benefici sull’apparato cardiovascolare illustrati da Massimo Piepoli, sia dal punto di vista del Decisore Pubblico che deve favorire le opportunità e le occasioni per i cittadini di svolgere attività fisica attraverso l’implementazione delle tre P: Parchi, Piscine, Palestre. Oggi che il lavoro è prevalentemente sedentario occorre che venga promossa maggiormente l’attività fisica nei bambini e nei ragazzi, ma preoccupano i dati del CONI presentati da Antonio Pelliccia sulla riduzione dei giovani che fanno sport e che afferiscono ai vivai delle Società sportive. La promozione di uno stile di vita sano deve passare anche attraverso una comunicazione efficace e a questo proposito è stato interessante ascoltare Michele Mirabella che, da Sociologo e giornalista RAI dedicato alla divulgazione scientifica, ha raccontato quanto sia difficile, anche nell’ambito del servizio pubblico, far passare il concetto di promozione della salute a scapito dell’audience.

I diversi target della popolazione e la Ricerca

La prevenzione, come altri campi della Medicina, non può utilizzare gli stessi strumenti e le stesse modalità nelle diverse fasce di età. Così è stato affascinante seguire come il problema si ponga diversamente nelle Campagne destinate ai bambini, nel progetto ministeriale “Okkio alla salute”, la proposta che la Cardiologia rivolge al mondo della Scuola nella presentazione di Pier Luigi Temporelli, la

necessità di un intervento specifico nel sesso femminile e negli anziani, nelle presentazioni del gruppo di Maria Grazia Modena e di Francesco Fattirolli, infine le sfide proposte dall’universo dei migranti, affrontato con dati originali dell’osservatorio marchigiano da Gian Piero Perna. Altra tematica chiave è quella della ricerca: infatti l’ANMCO ha sempre contribuito alla ricerca in campi come l’ipertensione e la prevenzione dello scompenso, come illustrato da Paolo Verdecchia e Andrea Di Lenarda, ma sta battendo anche strade innovative come quella esplorata nel progetto presentato da Marco Magnoni e fortemente voluto dal Prof. Attilio Maseri finalizzato ad identificare i soggetti che hanno una coronaropatia severa malgrado non abbiano fattori di rischio oppure abbiano un alto rischio e coronarie indenni.

La prevenzione secondaria e la gestione della fase post-acuta dopo un evento cardiovascolare

In quest’ambito la Cardiologia sta acquistando la consapevolezza che sia necessaria una svolta perchè i grandi avanzamenti ottenuti nella cura delle patologie acute siano trasferiti anche alla gestione della fase post - acuta e cronica. Stefano Urbinati ha sottolineato come non sia più possibile che la prevenzione cardiovascolare continui ad essere affrontata in maniera empirica, che le Cardiologie Riabilitative non siano inserite in maniera organica nell’ambito della Rete cardiologica e che, anche in questo campo, non sia riconosciuta la necessità di un expertise e di competenze particolari. Lo sforzo portato avanti negli ultimi anni dall’Area Prevenzione Cardiovasco-

lare dell’ANMCO e dal GICR è stato quello di promuovere una cultura della organizzazione e della strutturazione dell’intervento preventivo, esportando il modello e l’esperienza delle Cardiologie Riabilitative all’interno della Rete cardiologica e sul territorio. Ai contributi essenziali sull’argomento, trattato da Raffaele Griffo, Pompilio Faggiano, Cesare Greco e Furio Colivicchi si devono aggiungere quelli scaturiti dalle due Tavole Rotonde. Nella prima, coordinata da Carlo Schweiger e Francesco Maria Bovenzi, sono state invitate le principali Società Scientifiche non cardiologiche coinvolte nella prevenzione cardiovascolare, tutte consapevoli della necessità che venga garantita una maggiore integrazione. Nella seconda, moderata da Gian Luigi Nicolosi e Luciano Onder, che ha coinvolto le Società cardiologiche operanti in Italia, sono stati affrontati i temi della formazione, della organizzazione e delle Reti avendo ben presente che il riferimento principale, come ha ricordato il Presidente ANMCO Salvatore Pirelli, è il recente Documento FIC “Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia”. La prevenzione necessita di una maggiore attenzione da parte di tutti, anche se, come ha sostenuto Gian Luigi Nicolosi, il Cardiologo ospedaliero ha a che fare prevalentemente con l’acuto. Mentre il Presidente FIC, Giuseppe Di Pasquale, ha sostenuto che, al di là dei Centri Hub di Cardiologia Riabilitativa, che dovrebbero coprire un ambito almeno provinciale, è proponibile ipotizzare la realizzazione di funzioni di prevenzione e riabilitazione in ogni U.O. di Cardiologia.

I Biomarker nelle varie fasi dello Scompenso Cardiaco

La gestione dello Scompenso Cardiaco è sempre più una gestione multi - parametrica in cui i Biomarcatori avranno uno spazio sempre maggiore ma si raccomanda non esclusivo

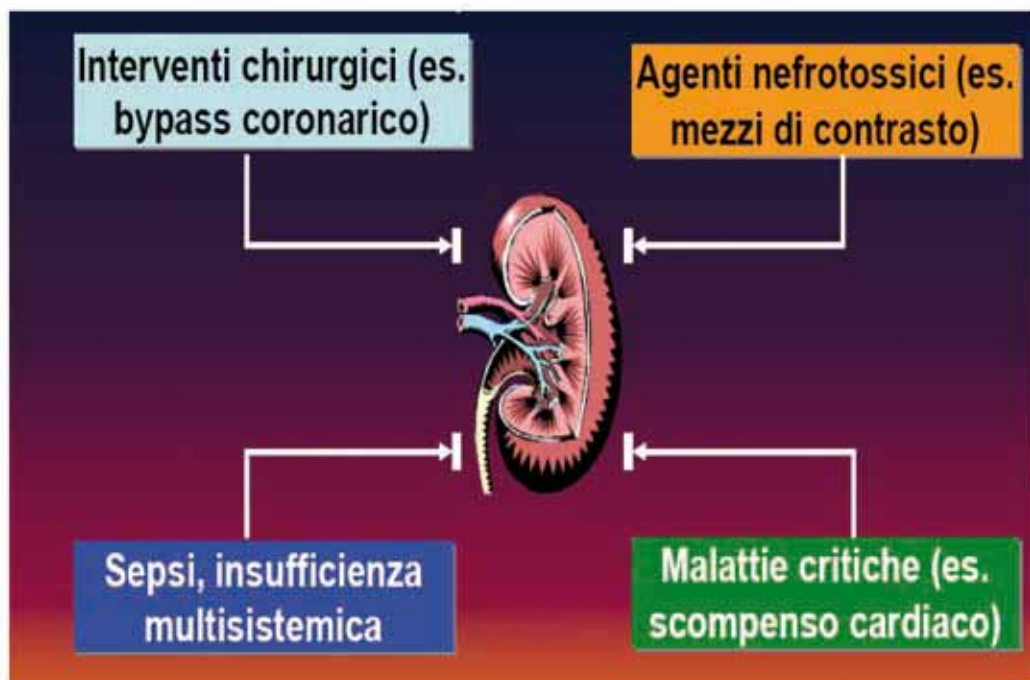
*di N. Aspromonte, G. Di Tano,
M. Senni*

Il dosaggio della Troponina e soprattutto dei Peptidi Natriuretici si è rilevato utile nelle varie fasi cliniche del paziente scompensato, dalla diagnosi sub - clinica e clinica, alla prognosi intra ed extraospedaliera, nella gestione del follow - up e come monitorizzazione della terapia

La recente possibilità di monitorare anche la disfunzione renale con altri nuovi biomarcatori apporterà ulteriori vantaggi nella gestione del paziente scompensato

Uno dei compiti dell'Area Scompenso Cardiaco è quello di recepire e filtrare le “novità culturali” alla luce dell'evidenza scientifica e di introdurre metodologie utili ad aggiornare protocolli clinici e modelli gestionali per il paziente con Scompenso Cardiaco (SC). Negli ultimi anni alcuni Biomarcatori sono entrati prepotentemente nella pratica clinica in quanto parametri facilmente misurabili rilevandosi utili come indici di stato di salute, di valutazione patologica di una popolazione o di una determinata patologia. Essi possono essere suddivisi in Biomarcatori molecolari o di laboratorio, Biomarcatori funzionali se correlati ad analisi del segnale, imaging o test funzionali, Biomarcatori genetici. In tema di Scompenso Cardiaco (SC) la complessa fisiopatologia e la non semplice identificazione dei momenti etiopatogenetici necessita di elementi di indagine diversificati. Sotto il profilo più strettamente fisiopatologico, i diversi Biomarcatori potranno indicare stress cardiomiocitario, attivazione neu-

roormonale, danno cardiomiocitario, attivazione flogistica, rimodellamento ventricolare. Così un Biomarcatore può assurgere al ruolo di fattore di rischio, marcatore di screening, indice diagnostico, indice prognostico, indice di risposta alla terapia. Attualmente i Peptidi Natriuretici (PN) sembrano racchiudere in sé tutte queste possibilità. La loro “storia molecolare” inizia nel 1981 con l'isolamento dal tessuto atriale di un peptide con attività natriuretica e miorilassante chiamato Atrial Natriuretic Peptide (ANP) e prosegue nel 1988 con l'isolamento dal tessuto ventricolare del Brain Natriuretic Peptide (BNP). Nell'ambito clinico l'origine esclusivamente cardiaca dei Peptidi Natriuretici di tipo B e la natura dello stimolo fisiopatologico (stiramento del cardiomiocita in seguito a sovraccarico di pressione o volume delle cavità cardiache) ne fanno dei marcatori unici e prognosticamente molto forti nello Scompenso Cardiaco Acuto e Cronico. La riduzione del livello dei PN durante un ricovero per Scompenso Acuto è correlata con la prognosi a breve - medio termine. Nell'ambito della gestione dello Scompenso Cardiaco



Le cause più comuni di danno renale acuto in ambito ospedaliero

cronico i PN circolanti, misurati con metodi immunologici, sono indicatori prognostici robusti, relativamente semplici da ottenere e interpretare. Nello studio Val - HeFT, veniva trattata una popolazione con Scompenso Cronico sintomatico lieve - moderato, i livelli plasmatici dei PN erano associati, in modo indipendente da fattori di rischio clinici convenzionali e dagli altri marcatori circolanti misurati, ad eventi come morte e ricovero ospedaliero per peggioramento dello Scompenso. L'utilità dei PN nella stratificazione del rischio è stata confermata nelle varie fasi dello SC, anche da eziologia diversa (ischemica/non ischemica) o con funzione sistolica conservata, con Scompenso avanzato e in pazienti sottoposti a resincronizzazione cardiaca. Un altro marcatore, il cui dosaggio ha sostanzialmente "rivoluzionato" la diagnosi e l'approccio del paziente ischemico, la troponina, si è rivelato utile anche nei pazienti scompensati, al di là dell'eziologia ischemica. Infatti un suo aumento, anche lieve, si è dimostrato possedere significative implicazioni prognostiche nelle varie popolazioni di pazienti scompensati, conferman-

do come micro - insulti miocardici, ripetuti, accentuano la compromissione miocardica, associandosi ad un aumento delle reospedalizzazioni e della mortalità a breve e lungo termine. Inoltre, in alcune esperienze, l'uso della troponina associata al dosaggio dei PN (la cosiddetta "multi - marker strategy") appare aggiungere, rispetto al valore del solo Peptide, una significativa potenza prognostica.

Biomarcatori di danno renale

Lo SC per il frequente coinvolgimento multi - organo che lo caratterizza, specie nelle forme avanzate, è sempre più comunemente considerato come una Sindrome. La disfunzione renale in particolare, quando pre - esistente o aggravata, rappresenta una condizione di alto impatto clinico per le sue implicazioni prognostiche e gestionali. Un danno renale acuto è piuttosto frequente (Acute Kidney Injury, AKI) in corso di SC acuto, spesso effetto collaterale delle terapia diuretica aggressiva utilizzata nelle forme con importante congestione periferica, ed è caratterizzato da un rapido declino (ore o giorni) della funzionalità renale. In generale oltre allo SC, esso si verifica in differenti situazioni cliniche

(interventi chirurgici, sepsi complicata da insufficienza multiorgano, agenti nefrotossici (es. nefropatia da contrasto) (Figura 1), con una frequenza stimata tra il 7% nei pazienti ospedalizzati e più del 30% nei pazienti ricoverati in area critica. Proprio durante il trattamento con diuretici ad alte dosi, la possibilità di monitorare gli effetti della terapia sul versante "renale" è stata fino ad ora ostacolata dalla mancanza di un marker precoce ed affidabile. L'esigenza di disporre di nuovi Biomarcatori (Tabella 1) che evidenzino il danno renale prima dell'aumento della creatinina è ormai "una priorità" dal momento che più del 50% della funzione renale può essere compromesso prima di un significativo aumento della creatinina.

Quali devono essere le caratteristiche per un Biomaratore di disfunzione renale?

- sensibile e specifico;
- ad espressione precoce per permettere una diagnosi rapida;
- largo spettro di positività (utile per stratificare il rischio di eventi);
- rapido e di facile applicabilità;
- campioni biologici di facile reperibilità (determinazione plasmatica o urinaria).

Tabella 1

Tra i nuovi Biomarcatori oltre alla Cistatina, NAG, KIM, IL - 18 è di recente introduzione la NGAL (Neutrophil Gelatinase - Associated Lipocaline), una proteina appartenente alla famiglia delle lipocaline, originariamente isolata da granulociti neutrofilii attivati e riscontrabile in cellule di particolari epitelii come le cellule tubulari renali, ove aumenta in presenza di danni ischemici o nefrotossici. Mentre la creatinina è un marker di funzione, la NGAL è un marker di danno. In modelli animali di ischemia renale nel ratto e nel topo sono stati evidenziati importanti aumenti delle concentrazioni urinarie di NGAL e studi recenti hanno dimostrato che la misura dei livelli di NGAL è un efficace indicatore di insufficienza renale acuta anche nell'uomo. La determinazione dei livelli urinari e/o sierici di NGAL può rappresentare un indicatore sensibile, specifico e soprattutto precoce di insorgenza di insufficienza renale acuta (entro 2 ore dal danno) rispetto alla creatinina (marcatore tardivo).

Perché introdurre un Biomarcatore di danno renale nella gestione del paziente con Scompenso Cardiaco?

Numerosi studi in area critica hanno dimostrato che NGAL è un test di facile esecuzione, si può effettuare già al momento dell'ammissione del paziente in Reparto e i suoi livelli sono correlati alla severità della malattia pre - esistente. E' stata dimostrata una validità predittiva sull'outcome del pa-

ziente critico consentendo di intervenire precocemente nella prevenzione della progressione del danno renale, nella richiesta di consulenze nefrologiche, nella scelta della strategia terapeutica e di sostituzione renale. Attualmente, nonostante l'evidenza di una forte correlazione con parametri clinici, strumentali e prognostici, non è del tutto chiaro in quali ambiti e scenari clinici la misurazione di NGAL, singola e/o seriata, fornisca informazioni di significativo impatto pratico nel determinismo di percorsi o interventi terapeutici nel paziente con Scompenso Cardiaco e danno renale acuto (Sindrome Cardio - Renale).

Come per tutti i test di recente introduzione clinica, anche per i Biomarcatori di danno renale le osservazioni e i dati provenienti da esperienze diverse e popolazioni eterogenee, devono trovare una conferma basata sulle evidenze prima che il loro utilizzo venga codificato ed approvato definitivamente. In conclusione, l'introduzione e la rapida diffusione dell'uso dei Biomarcatori, grazie alle loro peculiarità e potenzialità sopradelineate, rappresenta probabilmente una delle maggiori "novità" nell'ambito delle varie fasi della gestione dello SC, per altro obiettivamente caratterizzato, negli ultimi anni, da limitate innovazioni. Tale opportunità va comunque maneggiata con adeguato senso clinico, prestando attenzione al pericolo di una relativa semplificazione operativa da cui possono scaturire decisioni acritiche, basate prevalentemente soltanto su di un singolo o ripetuti

valori di laboratorio. Una appropriata e corretta gestione dello SC, specie nelle sue manifestazioni acute, è frutto di una valutazione obbligatoriamente multiparametrica. Il fatto che la fase diagnostica sia indissolubilmente legata a quella valutativa e terapeutica richiede un approccio clinico ed uno specifico bagaglio culturale che dovrà essere sempre più una delle prerogative del Cardiologo clinico che rimane la figura centrale nella gestione del paziente con Scompenso Cardiaco Acuto.



ABRUZZO

Presidente: Laura L. Piccioni (Teramo)
Consiglio Regionale: Franco De Sanctis (Penne - PE), Domenico Di Clemente (Pescara), Raniero Di Giovambattista (Avezzano - AQ), Luciano Fagagnini Sulmona (AQ), Giacomo Levantesi (Vasto - CH), Loredana Mantini (Chieti)

www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo/

BASILICATA

Presidente: Bernardino D'Alessandro (Policoro - MT)
Consiglio Regionale: Rachele Autera (Matera) Michele Antonio Clemente (Matera) Marco Fabio Costantini (Potenza) Salvatore Gubelli (Venosa - PZ) Antonio Lopizzo (Potenza) Giuseppe Romaso (Marsicovetere - PZ)

www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata/

CALABRIA

Presidente: Antonio Butera (Lamezia Terme - CZ)
Consiglio Regionale: Federico Battista (Cosenza), Roberto Ceravolo (Catanzaro), Michele Giulio Alberto Comito (Vibo Valentia), Nicola Cosentino (Cariati - CS), Massimo Elia (Crotona), Virgilio Pennisi (Reggio Calabria)

www.anmco.it/regioni/elenco/calabria/

CAMPANIA

Presidente: Giovanni Gregorio (Vallo Della Lucania - SA)
Consiglio Regionale: Cesare Baldi (Salerno), Luigi Caliendo (Castellammare di Stabia - NA), Nicola Capuano (Nocera Inferiore - SA), Aldo Celentano (Napoli), Angelina Martone (Caserta), Sergio Severino (Napoli), Osvaldo Silvestri (Napoli), Atilio Varricchio (Avellino)

www.anmco.it/regioni/elenco/campania/

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Giancarlo Piovaccari (Rimini)
Consiglio Regionale: Nicoletta Franco (Rimini), Donato Mele (Ferrara), Massimo Pantaleoni (Reggio Emilia), Giampiero Patrizi (Carpi - MO), Chiara Pedone (Bologna), Massimo Piepoli (Piacenza), Claudio Reverberi (Parma), Andrea Rubboli (Bologna)

www.anmco.it/regioni/elenco/emilia/

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Tullio Morgera (Monfalcone - GO)
Consiglio Regionale: Luigi Paolo Badano (Udine), Antonella Cherubini (Trieste), Roberto Gortan Palmanova (UD), Franco Macor (Pordenone), Patrizia Maras (Trieste), Daniela Miani (Udine), Antonio Riccio (San Vito al Tagliamento - PN), Marika Werren (Tolmezzo - UD)

www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/

LAZIO

Presidente: Furio Colivicchi (Roma)
Consiglio Regionale: Paolo Azzolini (Roma), Fabio Menghini (Roma), Roberto Mezzanotte (Ostia - RM), Serafino Orazi (Rieti), Roberto Patrizi (Roma), Giovanni Pulignano (Roma), Roberto Ricci (Roma), Giorgio Scaffidi (Roma)

www.anmco.it/regioni/elenco/lazio/

LIGURIA

Presidente: Stefano Domenicucci (Genova - Sestri Ponente - GE)
Consiglio Regionale: Daniele Bertoli (Sarzana - Loc. S. Caterina - SP), Francesco Della Rovere (Genova), Gabriele Lupi (Lavagna - GE), Sandro Mazzantini (Genova), Claudio Rapetto (Imperia), Andrea Saccani (Genova - Nervi - GE), Daniela Sanfelici (Pietra Ligure - SV), Luisa Torelli (Savona)

www.anmco.it/regioni/elenco/liguria/

LOMBARDIA

Presidente: Claudio Cuccia (Brescia)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Anna Frisinghelli (Passirana - Rho - MI), Maddalena Lettino (Pavia), Egidio Marangoni (Lodi), Daniele Nassiacos (Saronno - VA), Marco Negrini (Milano), Roberto Pedretti (Tradate - VA), Alessandro Politi Gravedona (CO)

www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/

MARCHE

Presidente: Roberto Accardi (Macerata)
Consiglio Regionale: Luigi Aquilanti (Ancona), Sante Bucari (Ancona), Melissa Dottori (Ancona), Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno), Patrizia Lattanzi (Pesaro), Marco Marini (Jesi - AN), Luigi Minutiello (Fabriano - AN), Andrea Pozzolini (Fano - PU)

web.infinito.it/utenti/a/anmco.marche/

MOLISE

Presidente: Carolina De Vincenzo (Campobasso)
Consiglio Regionale: Placido Busico (Agnone - IS), Angela Rita Colavita (Campobasso), Gennaro Fiore (Campobasso), Pietro Lemme (Isernia), Alberto Montano (Termoli - CB), Carlo Olivieri (Isernia), Dante Staniscia (Termoli - CB), Marina Angela Viccione (Isernia)

www.anmco.it/regioni/elenco/molise/

P.A. BOLZANO

Presidente: Andrea Erlicher (Bolzano)
Consiglio Regionale: Renato Di Gaetano (Bolzano), Alessandro Mautone (Bolzano), Patrick Teja Rudolf Paulisch (Merano - BZ), Walter Pitscheider (Bolzano)

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano/

P.A. TRENTO

Presidente: Giovanni D'Onghia (Trento)
Consiglio Regionale: Marcello Disertori (Trento), Massimiliano Marini (Trento), Simone Muraglia (Trento), Prisca Zeni (Trento)

www.anmco.it/regioni/elenco/trento/

PIEMONTE/VALLE D'AOSTA

Presidente: Maurizio Dalmaso (Ivrea - TO)
Consiglio Regionale: Maria Rosa Conte (Rivoli - TO), Aldo Coppolino (Savigliano - CN), Paolo Corsetti (Torino), Luisa Formato (Moncalieri - TO), Gianni Gaschino (Torino), Massimo Milani (Tortona - AL), Roberta Rosso (Novara), Paolo Scacciarella (Torino)

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte/

PUGLIA

Presidente: Alessandro Vilella (Lucera - FG)
Consiglio Regionale: Ermanno Angelini (Brindisi), Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA), Antonio Matera (Andria - BA), Tiziana Mazzella (Lecce), Teresa Pascente (Taranto), Vitantonio Russo (Manduria - TA), Giuseppe Santoro (Conversano - BA), Giuseppe Scalerà (Bari - Carbonara - BA)

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia/

SARDEGNA

Presidente: Rinaldo Aste (Carbonia - CA)
Consiglio Regionale: Antonio Asproni (Nuoro), Gavino Casu (Sassari), Raffaele Congiu (Cagliari), Marco Corda (Cagliari), Francesco Dettori (Oristano), Antonio Manunza (Carbonia - CA), Giuseppe Sabino (Sassari), Paolo Vargiu (Olbia - SS)

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna/

SICILIA

Presidente: Abele Ajello (Palermo)
Consiglio Regionale: Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice - TP), Michele Bono (Sciaccia - AG), Giuseppina Maura Francese (Catania), Salvatore La Rosa (Milazzo - ME), Pietro Lo Giudice (Catania), Antonino Nicosia (Ragusa)

www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia/

TOSCANA

Presidente: Francesco Maria Bovenzi (Lucca)
Consiglio Regionale: Sergio Berti (Massa), Alessandro Comella (Lido di Camaiore - LU), Umberto Conti (Pisa), Stefano Di Marco (Pescia - PT), Massimo Fineschi (Siena), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Ugo Limbruno (Grosseto), Guido Parodi (Firenze)

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana/

UMBRIA

Presidente: Gianfranco Alunni (Perugia)
Consiglio Regionale: Daniela Bovelli (Terni), Rita Liberati Foligno (PG), Sara Mandorla (Gubbio - PG), Cristina Martino (Spoleto - PG), Maria Grazia Sardone (Perugia), Donatella Severini (Città di Castello - PG)

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria/

VENETO

Presidente: Domenico Marchese (Pieve di Sacco - PD)
Consiglio Regionale: Emanuele Carbonieri (San Bonifacio - VR), Pietro Delise (Conegliano - TV), Gianfilippo Neri (Montebelluna - TV), Giampaolo Pasquetto (Mirano - VE), Cosimo Perrone (Arzignano - VI), Roberto Valle (San Donà di Piave - VE)

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto/

RID

a cuor leggero

RINNOVA LA QUOTA ASSOCIATIVA!

Dal 2009 puoi pagare la quota associativa ANMCO con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario. In questo modo sarai sicuro di provvedere ogni anno al rinnovo della tua quota, evitando perdite di tempo.



AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

COMPILARE IN STAMPATELLO E SPEDIRE IN ORIGINALE AD ANMCO - Uffici Amministrativi Via La Marmorata, 36 - 50121 Firenze
(Il presente modulo può essere anche scaricato alla pagina www.anmco.it/associazione/come)

Nome e Cognome Socio..... Indirizzo.....

Comune..... PROV. CAP

Codice Fiscale

Banca Agenzia

Intestatario/i conto.....

IBAN⁽¹⁾

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Codice Paese CIN IBAN CIN Codice ABI CAB Numero Conto Corrente

Il sottoscritto autorizza la banca suddetta ad addebitare sul proprio conto corrente, nella data di scadenza della obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore⁽²⁾, la quota associativa annuale dell'ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (codice SIA 3F893), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il sottoscrittore ha la facoltà di opporsi all'addebito entro 5 giorni lavorativi bancari dopo la data di scadenza o la data prorogata dal creditore. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello indicato nel contratto del suddetto conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da effettuarsi mediante comunicazione scritta. Il sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni che sono riportate nel suddetto contratto di conto corrente o comunque rese pubbliche nei Fogli Informativi predisposti dalla Banca. Il sottoscrittore dichiara di aver trattenuto copia della presente autorizzazione, che viene inoltrata ad ANMCO in originale.

.....
Luogo e data

.....
Firma del sottoscrittore

⁽¹⁾ Verificare con la propria Banca la correttezza del codice IBAN.
⁽²⁾ Per il primo anno il pagamento della quota associativa avverrà entro due mesi dalla data di ricevimento; per gli anni successivi l'addebito sarà effettuato nel mese di gennaio, salvo eventuali modifiche deliberate dall'Assemblea.
Per avere ulteriori informazioni sulle modalità di pagamento è possibile contattare la Segreteria ANMCO al numero 055 5101203.





Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice Unico

Non compilare

Codice ANMCO

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina www.anmco.it/associazione/come del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale alla Segreteria ANMCO - Via Alfonso La Marmora, 36 50121 Firenze - e anticipata per fax al numero 055/5101350 o per e-mail all'indirizzo soci@anmco.it. Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina www.anmco.it/associazione/statuto del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina www.anmco.it/associazione/regolamenti/regolamenti

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome Data di nascita
Luogo di nascita Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail Reparto:
Specializzato in Cardiologia: Si No Altre Specializzazioni

Non compilare

Struttura Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro

Tipologia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Altro*..... | |

* Accreditamento (da compilare **se Struttura privata**): SI NO

Nome del Primario o facente funzione
Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Qualifica

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Specializzando | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Altro |

In quiescenza

Non di ruolo

Conferimento della FELLOWSHIP ANMCO 2010

NOME	COGNOME	OSPEDALE	CITTA'	PROV.
ALESSANDRO	BATTAGLIESE	Ospedale San Giovanni	Roma	RM
NICOLA	D'AMATO	Ospedale Di Venere	Bari - Carbonara	BA
ERMANNNO	DAMETTO	Azienda Ospedaliera S. Maria Degli Angeli	Pordenone	PN
MASSIMO	FIORANELLI	Casa Di Cura "Mater Dei"	Roma	RM
GIUSEPPE ANTONIO	FRADELLA	Azienda Ospedaliero - Universitaria di Careggi	Firenze	FI
GIUSEPPINA MAURA	FRANCESE	Ospedale Garibaldi - Nesima	Catania	CT
FABIO	FRANCULLI	Ospedale G. Fucito	Mercato San Severino	SA
ALESSANDRA	GUALCO	IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri	Pavia	PV
ANTONIO	MAGLIONE	Presidio Ospedaliero	Amelia	TR
ADRIANO	MURRONE	Azienda Ospedaliera di Perugia	Perugia	PG
ANNA	PATRIGNANI	Ospedale Civile	Senigallia	AN
CARLO	PERALDO NEJA	Ospedale Fatebenefratelli	Roma	RM

Il biennio 2008 - 2010 volge al termine: è tempo di bilanci

di Laura L. Piccioni

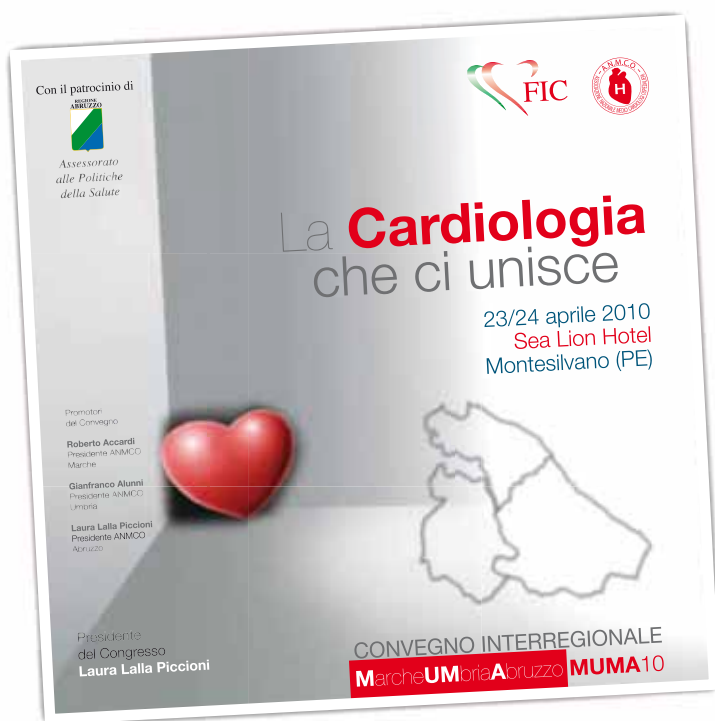


Figura 1

L'ultimo biennio ha visto il consolidarsi di un percorso associativo Interregionale rappresentato dal Convegno ANMCO Marche - Umbria - Abruzzo (MUMA), sono state inoltre condotte importanti Campagne Educazionali Nazionali unitamente a Studi clinici osservazionali

Il percorso del Consiglio Direttivo Regionale 2008 - 2010 si è concluso, gli importanti progetti realizzati ed altri che sono in corso pongono le basi per le prospettive future.

L'attività interregionale: ...non solo MUMA!

Gli ultimi tre anni hanno segnato la nascita e lo sviluppo di una collaborazione Interregionale tra Marche, Umbria ed Abruzzo che si è andata via via consolidando, ormai il Convegno MUMA dopo l'avvio nel 2008 nelle Marche (S. Benedetto del Tronto 10 - 12 aprile) ed il proseguimento nel 2009 in Umbria (Assisi 3 - 4 aprile) è diventato un importante appuntamento non solo per le tre Regioni ma anche per tutti i protagonisti che partecipano o rinnovano ogni anno la loro partecipazione. A

conclusione del primo triennio di collaborazione, il Convegno MUMA 2010 si è svolto in Abruzzo (Montesilvano 23 - 24 aprile) (Figura 1). Dato che il 2010 è un anno elettorale nell'ambito del Convegno si è tenuto il rinnovo dei rispettivi Consigli Direttivi Regionali. Il Convegno in questa edizione si è articolato in cinque Sessioni riguardanti le attualità in tema di Aritmie, Opzioni terapeutiche, Sindromi Coronariche Acute e Cardiochirurgia. Una particolare attenzione è stata posta, come sempre, ad una tematica che le tre Regioni si trovano ad affrontare e che costituisce un momento cruciale di confronto, in questa occasione si è presa in esame l'efficienza delle rispettive Strutture cardiologiche, presentando i risultati della Campagna sul Ritardo Evitabile conclusa a livello regionale

e nazionale nel mese di marzo 2010. Ci fa piacere inoltre evidenziare una iniziativa di collaborazione associativa in cui la nostra Regione è stata coinvolta grazie allo spirito organizzativo di Giovanni Gregorio che ha riunito l'anima ANMCO del Centro - Sud nel Convegno "Il Cuore delle due Sicilie" (Napoli 26 - 28 aprile).

La Formazione

L'importanza del rapporto medico - paziente, la riaffermazione della centralità della Cardiologia clinica e l'applicazione di un corretto programma di counselling medico ed infermieristico sono stati al centro del Corso di Formazione ANMCO "Curare con il paziente", tenutosi a Chieti lo scorso 20 giugno 2009, curato da Carlo Ciglia e Loredana Mantini. Inoltre nella nostra Regione si sono svolte

importanti Campagne Educazionali Nazionali unitamente a Studi osservazionali tutt'ora in corso. La Campagna sul Ritardo Evitabile ha avuto luogo a Sulmona il 18 ottobre 2008 a cui ha fatto seguito l'implementazione del programma, articolato in due Fasi, in quattro Strutture cardiologiche, di cui due centri Hub (Pescara -Teramo) e due centri Spoke (Avezzano - Vasto), la Campagna si è conclusa a livello nazionale, come già accennato, a marzo 2010. Auspichiamo che i risultati siano di stimolo per tutti i Centri cardiologici abruzzesi. Il 4 dicembre 2009 si è svolto a Roma il Seminario di Aggiornamento sul "Dolore Toracico" (Area Centro) che ha coinvolto l'Abruzzo insieme a Lazio, Campania, Sardegna, Molise, evento ANMCO - SIMEU per l'implementazione del relativo Documento ANMCO - SIMEU stilato in collaborazione. L'evento si è svolto in contemporanea a Milano (Area Nord) e Bari (Area Sud) e la partecipazione è stata rilevante considerando l'importanza dei temi trattati e le problematiche che coinvolgono quotidianamente il Cardiologo e tutta l'Area Emergenza - Urgenza. Da sottolineare inoltre la partecipazione di diversi centri abruzzesi agli Studi clinici osservazionali, quali IN - HF Outcome (in corso), Blitz 4 Qualità (in corso) e Mantra (in corso), i cui risultati sono di vitale importanza per stilare il quadro dello standard diagnostico - terapeutico dei Centri cardiologici italiani ed il conseguente grado di aderenza alle Linee Guida in tema di scompenso cardiaco e sindromi coronariche acute.

La Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus

La Fondazione dell'ANMCO ha compiuto passi da gigante grazie alla

sapiente guida del Prof. Attilio Maseri, finalmente l'impegno nel diffondere la cultura della prevenzione e della cura delle malattie cardiovascolari inizia ad essere sempre più conosciuto ed apprezzato dai cittadini. Lo splendido riconoscimento tributato all'ANMCO e alla Fondazione "per il Tuo cuore", culminato il 13 febbraio 2009 con il ricevimento al Quirinale da parte del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, ha segnato l'avvio di rinnovate campagne mediatiche cui anche la nostra Regione ha cercato di dare il massimo appoggio con edizioni speciali di Cardiologie Aperte, incontri con i cittadini ed articoli sui principali quotidiani locali.

I momenti difficili: il tragico terremoto a L'Aquila

Ormai ad oltre un anno di distanza da quel tragico 6 aprile 2009 non possiamo non ricordare i momenti drammatici che hanno travolto e distrutto le vite dei cittadini de L'Aquila e centri limitrofi, dei nostri Colleghi e dei loro familiari. La forza di volontà ed il coraggio degli abitanti è stato di esempio e guida per molti di noi. Noi non dimentichiamo ma non vogliamo perderci dietro superflui discorsi retorici, non possiamo immedesimarci nell'angoscia vissuta dalle famiglie, possiamo solo dividerla e cercare con il nostro aiuto, seppur minimo, di alleviare il disagio, di far sentire la nostra vicinanza. A questo proposito la nostra Associazione ha voluto testimoniare la sua presenza con una Donazione a favore dell'Azienda Ospedaliera "San Salvatore" de L'Aquila destinata a sostenere l'attività della Cardiologia e dei nostri Colleghi che continuano ad operare tutt'ora in condizioni difficili.

Saluti e ringraziamenti

Il mio percorso con l'ANMCO ha costituito una esperienza intensa, impegnativa e stimolante sotto ogni punto di vista, così come si è presentata ed è proseguita costellata di impegni scientifici ed organizzativi, una continua dialettica basata sulla discussione e sul mettersi in discussione cercando sempre di operare le scelte migliori, le più giuste e le più trasparenti, a tratti il percorso è divenuto difficile ma sempre con la consapevolezza di avere accanto amici e collaboratori di fiducia. Al termine del mio incarico, grazie al quale ho avuto modo di apprezzare tanti aspetti culturali, scientifici e sociali dell'ANMCO, desidero esprimere i miei ringraziamenti a tutti i Soci abruzzesi ed in modo particolare a quanti si sono attivamente impegnati a supportare le iniziative dell'Associazione; invito tutti a continuare il percorso lavorativo e professionale alimentando l'ANMCO Nazionale e Regionale, sostenendo e proponendo iniziative, che come avete potuto apprezzare sono molteplici e diversificate, per cui ognuno ha l'opportunità di poterne usufruire fornendo inoltre il proprio contributo. Un saluto ed un ringraziamento va al Presidente Salvatore Pirelli, al Past President Francesco Chiarella e a tutti i componenti del Consiglio Direttivo, senza dimenticare la preziosa collaborazione di tutto il personale della Segreteria. Infine un ringraziamento particolare va ai Colleghi del Consiglio Direttivo Regionale 2006 - 2008 e 2008 - 2010 il cui contributo è stato per me fondamentale.



per il tuo cuore

Fondazione Italiana per la Lotta
alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS



Un Corso teorico - pratico con
la partecipazione attiva dei
discenti

Un incontro "aperto" alle
specificità culinarie della zona,
con riferimento alla cucina
mediterranea

Come formare i Giovani consumatori: sintesi del Corso svoltosi a Matera

di F. P. Calciano e A. Cardinale

Medici, Insegnanti, Infermieri: un confronto utile e costruttivo

Si è svolto a Matera il Corso di aggiornamento su "Come formare i giovani consumatori: una corretta educazione alimentare e una buona attività fisica oggi, per un futuro più sano". Il corso organizzato dalla Fondazione "per il Tuo cuore", la fondazione dell'ANMCO

che si occupa della prevenzione e dell'informazione cardiovascolare. Un riconoscimento importante per la Basilicata e per Matera a testimoniare anche la validità e l'impegno che l'U.O. di Angiologia dell'Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera e l'Associazione Amici del Cuore di Grassano

portano avanti con i loro progetti scolastici e con le Campagne di informazione sanitaria e prevenzione cardiovascolare portano avanti da anni sul territorio, in modo vario e dinamico: progetti scolastici costanti e continui con il coinvolgimento di vari istituti di Matera e Grassano; giornate

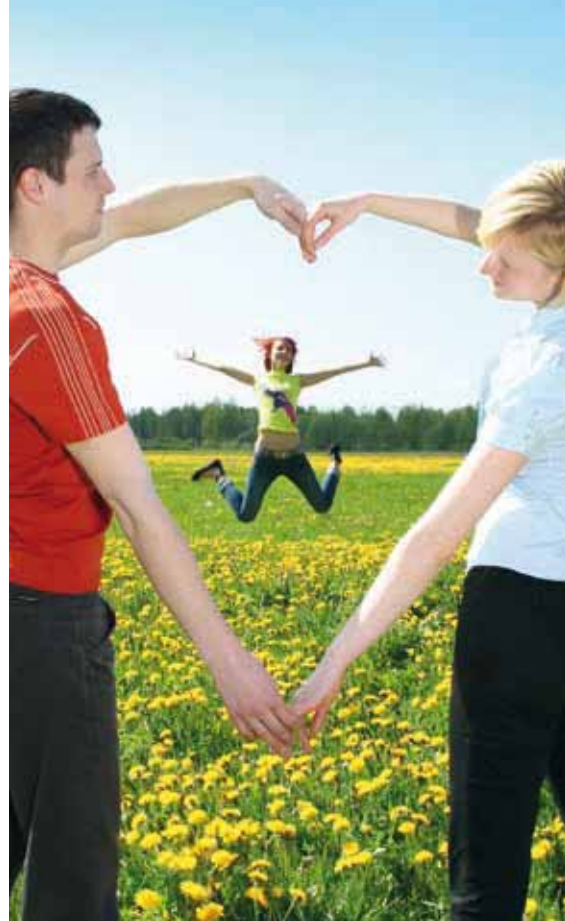
prevenzione cardiovascolare; passeggiate per la salute, coniugando moto, sport e consumo di frutta; screening selettivi per bambini e ragazzi dai 5 ai 18 anni con familiarità positiva per cardiopatia ischemica, cerebrovascolopatie arteriose, vascolopatie arteriose periferiche, diabete mellito, dislipidemie. Il Corso si è svolto in due Istituti, presso l'Istituto Tecnico Commerciale "Loperfido", dove si è tenuta la parte teorica e quella pratica, e presso l'Istituto Professionale Alberghiero, dove sono stati preparati e presentati vari piatti alla base di una corretta alimentazione mediterranea nel rispetto della stagionalità delle scelte e delle tradizioni locali. Polpette di pane, fave fresche e cipolla, bruschetta con olio, focacce, sedano gratinato, cardoncelli gratinati, fave e cicoria, spaghetti San Giovannese, scorze di mandorla (un tipo di pasta fresca) con rape, crapiata (varietà di legumi), frutta di stagione, crostate di frutta e strazzate (biscotti secchi), sono stati i piatti presentati. La peculiarità del Corso è stata il coinvolgimento contestuale del mondo della Scuola e di quello della Sanità. Hanno infatti partecipato all'evento venti tra Medici e Cardiologi, venti Infermieri e venti tra Insegnanti e Professori dalla Scuola Materna alla Scuola Superiore di II grado. E' emersa l'importanza del coinvolgimento della Famiglia, elemento educativo principale ed anche il referente primario nelle scelte. L'importanza di un approccio dinamico, innovativo, pedagogicamente adeguato alla comunicazione con i bambini e con i ragazzi: prevede di mettere loro al centro del progetto, significa renderli partecipi, attori e non spettatori. Essenziale

anche la centralità dell'Insegnante, inteso come la forma di mediazione principale, insieme alla Famiglia, per raggiungere con messaggi adeguati e fruibili i destinatari. Occorre non solo parlare in modo adeguato di prevenzione e informazione cardiovascolare in questo caso, ma occorre preoccuparsi che il messaggio arrivi correttamente a destinazione. L'aspetto pedagogico non è secondario, tutt'altro. Il messaggio va anche trasmesso in modo sobrio, piacevole per interessare bambini e ragazzi, per stuzzicare curiosità in modo tale che sia compreso correttamente e accettato. Non è semplice. Gli esperti hanno anche proposto le tecniche comunicative, le strategie per modulare alcuni messaggi utilizzando l'attività fisica, il gioco, la palestra, tutti strumenti da mettere in campo in modo propositivo e vario e proponendoli tenendo presente i vari ambienti. La parte pratica in palestra ha coinvolto i più in modo piacevole e curioso. L'ultima parte ha riguardato le scelte alimentari partendo dalla cultura del luogo, ritornando al mondo contadino meridionale, artefici dell'alimentazione mediterranea, allora non una opzione culturale, ma una scelta oggettiva socio-economica. I ragazzi dell'Istituto Alberghiero, guidati dai loro Insegnanti, hanno proposto varie scelte alimentari ancorate strettamente alla stagionalità dei cibi, elemento questo ribadito più volte, come scelta importante da portare avanti ogni giorno. In modo professionale hanno proposto e servito pietanze e bevande con la cortesia e la disponibilità umana che valorizza l'accoglienza nel SUD dell'Italia. E' possibile svolgere un lavoro comune

tra mondi diversi. E' possibile proporre un comune obiettivo teso alla difesa e alla tutela della salute sia del singolo sia della comunità. Occorre che ognuno non esprima la "superiorità o la specificità settoriale dell'intervento", ma che invece si ponga con totale disponibilità umana e culturale a proporre le sue idee e le sue proposte e contestualmente ad accettare idee e proposte da parte degli interlocutori, in modo aperto senza vantare centralità. La finalità deve essere non l'io ma il noi. E' un cammino non semplice, lungo, accidentato, ma se vogliamo prendere coscienza dell'importanza del problema sovrappeso e obesità che molti oggi indicano come un "rischio epidemico" che, se non fermato, porterà negli anni a un notevole aumento di morbilità e mortalità cardiovascolare, dismetabolica, oncologica e altro ancora, dobbiamo essere ben consci che su quest'aspetto che richiama lo stile di vita i soggetti che possono e devono intervenire sono molteplici, non solo chi opera nel mondo della Sanità. Il Corso di Matera, come quello tenuto prima a Milano, indica una strada, una scelta importante che va ben studiata. Altro aspetto che ha bisogno di essere valorizzato è l'incontro con il mondo della comunicazione nelle sue varie estrinsecazioni. La Comunicazione è essenziale per trasmettere i messaggi e per dialogare con tanti con i quali non è possibile ora un contatto dialettico diretto. Raggiungere i più implica necessariamente una azione costante da parte dei media.

Si tratta di una iniziativa proposta dalla Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale Annunziata - Azienda Ospedaliera di Cosenza ed accolta dall'Amministrazione Provinciale di Cosenza, da tempo impegnata in una Campagna di prevenzione primaria

Dopo una lunga fase di preparazione è partito nella Provincia di Cosenza un progetto di screening elettrocardiografico nella popolazione giovanile. Si tratta di una iniziativa proposta dalla Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale Annunziata - Azienda Ospedaliera di Cosenza ed accolta dall'Amministrazione Provinciale di Cosenza, da tempo impegnata in una Campagna di prevenzione primaria: realizzando così un esempio di sinergia tra enti pubblici. L'idea nasce dalla evidenza che molte sindromi aritmiche, alcune di esse su base genetica, sono evidenziabili di fatto, tramite un "semplice" elettrocardiogramma. Inoltre il razionale sociosani-



a sottoporsi ad un ECG a Scuola in assenza dei genitori. Gli elettrocardiogrammi verranno eseguiti direttamente nei Plessi scolastici. Per superare il problema logistico dell'assenza di Ambulatori nella stragrande maggio-

Diamo il cuore per i Giovani

Screening elettrocardiografico nella popolazione giovanile della Provincia di Cosenza

di A. Talarico, F. Boncompagni,
C. Tomaselli, F. Fascetti

tario risiede anche nella constatazione che sia per l'assenza della Medicina scolastica, sia del servizio di leva di fatto un giovane non esegue un ECG se non per cause legate ad una necessità clinica reale (intervento chirurgico, incidente ecc). La popolazione giovanile individuata è rappresentata da tutti i ragazzi che frequentano l'ultimo anno delle Scuole Medie Superiori dell'intera Provincia di Cosenza. Si tratta di circa 7.100 ragazzi. Si è pensato a questa fascia di età perchè essendo più "grandi" sono più disposti

ranza delle Scuole, gli ECG verranno eseguiti a bordo delle Ambulanze, appositamente attrezzate, delle Associazioni di Volontariato con le quali l'Amministrazione Provinciale ha da tempo un rapporto in regime di convenzione per altri servizi (protezione civile, ecc.). Le famiglie dei ragazzi, per tempo, riceveranno una lettera informativa, con allegato il Consenso Informato da sottoscrivere unitamente alla Normativa sulla Privacy. A questa lettera è allegato una Scheda informativa di raccolta dati anamnestici-

DIAMO IL CUORE PER I GIOVANI

Progetto di screening elettrocardiografico-cardiologico
per la diagnosi precoce
delle sindromi aritmiche giovanili
predisponenti alla morte improvvisa

Il progetto consisterà nell'analisi degli ECG presso la U.O. di Cardiologia di Cosenza: nel caso in cui si dovessero riscontrare casi meritevoli di valutazione di terzo livello, esse verranno eseguite presso il Laboratorio di Cardiologia Molecolare della Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia



PROVINCIA
DI COSENZA

AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA
Unità Operativa di Cardiologia
Ospedale Annunziata di Cosenza

ci in cui si chiede al ragazzo se ha mai avuto svenimenti, palpitazioni o se ci sono stati in famiglia casi di morti improvvisa: il tutto verrà allegato all'ECG e consegnato alla U.O. di Cardiologia dell'Ospedale Annunziata di Cosenza. Tutti gli elettrocardiogrammi saranno eseguiti con gli stessi elettrocardiografi (Mortara Rangono Eli 250). La Provincia di Cosenza è stata suddivisa in sei macroaree e ad ogni macroarea sarà assegnato un team composto da due Infermieri e un Autista che a bordo dell'Ambulanza si recheranno in quel dato Istituto nel giorno concordato e verranno eseguiti gli ECG a cui verrà allegata la Scheda raccolta dati (nome cognome, indirizzo e recapiti telefonici) ed il Consenso Informato sottoscritto dai genitori, se il ragazzo è minorenne, altrimenti direttamente dal ragazzo, insieme al Consenso sul trattamento dei Dati Personali. Di fatto a questo punto inizia la fase più interessante; gli ECG eseguiti verranno letti da tre Cardiologi: Dott. F. Boncompagni, Dott. A. Talarico, Dott.ssa C. Tomaselli. In presenza di un ECG normale ovviamente l'iter per questi

soggetti si ferma a questo punto e gli stessi ECG potranno essere consegnati ai diretti interessati. Nel caso in cui l'ECG dovesse essere indicativo di alterazioni specifiche, meritevoli di una analisi clinico - cardiologica il diretto interessato verrà contattato (i recapiti sono nella Scheda raccolta dati) e verrà sottoposto a valutazione specifica di secondo livello nella Unità Operativa di Cardiologia. Se da questa analisi si dovesse rendere necessario in casi selezionati di eseguire ulteriori valutazioni di tipo genetico, vista la possibilità statistica, i Cardiologi responsabili del progetto avranno il supporto di consulenze genetico - molecolari da parte del Laboratorio di Cardiologia Molecolare della Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia diretto dalla Prof.ssa Priori. L'articolazione del Progetto "Diamo il cuore per i Giovani" con queste caratteristiche rende il progetto stesso unico in Italia: una analisi elettrocardiografica su così ampia scala non ha precedenti. Si tratta infatti di 7.100 soggetti da scrennare con un ECG. La prevalenza sulla popolazione giovanile di sindromi arit-

miche secondo le varie casistiche varia da 1 a 4 casi /mille. Pertanto stando ai numeri "dovremmo" evidenziare tra 7 e 28 soggetti con ECG indicativo di patologie, identificabili con ECG, meritevoli di ulteriori valutazioni. La finalità di tutto il progetto oltre che avere un impatto clinico immediato, con l'individuazione dei soggetti a rischio ma fino a quel momento ignari ha anche una funzione educativa sia nei riguardi del soggetto stesso ma anche come messaggio che giunge alla famiglia intera. Inoltre vuole essere uno stimolo verso le istituzioni preposte ad intraprendere misure analoghe, magari su più ampia scala. Al momento gli ECG già eseguiti sono circa 200 e risultano essere tutti nei limiti e già molti di essi sono stati recapitati ai ragazzi e alle loro famiglie.

Grande successo per “Il Cuore delle due Sicilie” svoltosi a Napoli dal 26 al 28 aprile 2010

Momento di aggregazione delle Sezioni Regionali ANMCO dell'Italia Meridionale a cura della Sezione Regionale ANMCO Campania

di Giovanni Gregorio





Grande successo ha riscosso “Il Cuore delle due Sicilie”, Forum di Management e Gestione Clinica in Cardiologia, svoltosi dal 26 al 28 aprile a Napoli, nella storica cornice del Chiostro di Santa Maria la Nova, il primo giorno, e nella splendido scenario del Golfo di Napoli, nei due giorni seguenti, quando i lavori si sono trasferiti al Centro Congressi dell’Hotel Royal Continental. L’evento che ha visto la partecipazione attiva dei Cardiologi dell’Abruzzo, del Molise, della Puglia, della Campania, della Lucania, della Calabria e della Sicilia, è stato fortemente voluto e promosso dalle Sezioni Regionali ANMCO dell’Italia Meridionale. Il Forum è stato aperto da Giovanni Gregorio, Presidente della Sezione Regionale ANMCO Campania, che ha sottolineato l’importanza di un momento di coesione culturale e scientifica in un contesto così delicato nella vita del Paese dominato da spinte di “decomposizione territoriale”. Gregorio ha illustrato le motivazioni e l’architettura formativa dell’evento, sottolineando che il panorama normativo ed il contesto politico - economico pongono ai

professionisti della Sanità, in maniera critica, il problema delle capacità di governo dei processi di assistenza con le finalità di coniugare, sempre più, obiettivi di appropriatezza, efficacia ed efficienza. La Cardiologia è la disciplina che, più di tutte le altre branche della Medicina, ha subito gli effetti della crescita tumultuosa del sapere e del rapido progresso tecnologico. Al Cardiologo ospedaliero sono, oggi, richieste oltre che competenze di tipo clinico - specialistico, anche competenze di tipo relazionale, tecnico - gestionali e di direzione organizzativa, nonché conoscenze normative e legislative, capacità di indirizzo e di valutazione del percorso assistenziale e doti progettuali e di innovazione. L’attuale normativa inoltre riconosce al singolo Cardiologo, nei limiti di direttive e protocolli definiti, precisi ambiti di autonomia professionale. La rapida evoluzione delle conoscenze, gli sviluppi della tecnologia pongono al Cardiologo nuovi e rilevanti problemi di responsabilità e di management e gestione clinica. Il Corso volto a sviluppare le competenze clinico - manageriali indispensabili per la gestione di una moderna Unità

di Cardiologia, partendo dalla responsabilità morale, dall’aggiornamento, della ricerca, clinico - organizzativa e professionale in Cardiologia, dal ruolo delle U.O. di Cardiologia nel S.S.N., dalla qualità in Cardiologia, dalla stratificazione del rischio e dalla appropriatezza per arrivare alla gestione clinica delle problematiche connesse a cuore e colesterolo, cuore e ipertensione, cuore e cervello, cuore e sindrome metabolica, cuore e diabete. La metodologia utilizzata è stata quella del corso pratico per lo sviluppo di esperienze clinico - organizzative, la cui architettura è caratterizzata dall’alternarsi di Relazioni frontali e confronto diretto basato sulla esperienza pratica. Il Forum, inserito nel Piano Annuale Formativo ANMCO 2010, ha teso a migliorare la preparazione clinico - manageriale dei Cardiologi ospedalieri in un momento così delicato della Sanità Nazionale e Regionale. I lavori sono stati preceduti da una Lettura di Josè Luis Roman Pumar, Presidente di Merck Italia, che ha sottolineato l’importanza della innovazione e della ricerca nel campo delle malattie cardiovascolari. Marino Scherillo, Presidente Eletto ANMCO

Comitato Promotore

Presidenti Onorari

Attilio Maseri
Salvatore Pirelli

Presidente Fondazione "per il Tuo cuore"
Presidente ANMCO

Presidenti

Giovanni Gregorio
Giuseppe Rosato
Marino Scherillo

Presidente ANMCO Campania
Coordinatore G.L. Management ANMCO Campania
Presidente designato ANMCO

Comitato Scientifico

Abele Ajello
Antonio Butera
Bernardino D'Alessandro
Carolina De Vincenzo
Laura L. Piccioni
Alessandro Villella
Aldo Celentano
Luigi Caliendo
Cesare Baldi
Nicola Capuano
Angela Martone
Sergio Severino
Attilio Varricchio
Osvaldi Silvestri
Giovanni D'Angelo
Ernesto Murena

Presidente ANMCO Sicilia
Presidente ANMCO Calabria
Presidente ANMCO Basilicata
Presidente ANMCO Molise
Presidente ANMCO Abruzzo
Presidente ANMCO Puglia
Vice Presidente ANMCO Campania
Vice Presidente ANMCO Campania
Consiglio Direttivo ANMCO Campania
Consiglio Direttivo ANMCO Campania
Consiglio Direttivo ANMCO Campania
Consiglio Direttivo ANMCO Campania
Consiglio Direttivo ANMCO Campania
Referente Fondazione "per il Tuo cuore" Campania
Referente Area Nursing ANMCO Campania

e Attilio Maseri, Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", hanno moderato la Sessione dedicata alle responsabilità etiche e morali del Cardiologo dopo la Relazione svolta dal Prof. Raffaele Calabrò. Paolo Golino e Pio Caso hanno condotto il Dibattito sulla responsabilità clinica ed organizzativa in Cardiologia, tema introdotto da Giuseppe Rosato. La prima giornata dei lavori si è conclusa con il vivace Dibattito, moderato da Giuseppe Di Benedetto e Franco Mascia, sulla responsabilità professione in Cardiologia dopo una introduzione del Dott. Gaetano Siscaro, magistrato di Catania. La discussione molto articolata e vivace è stata animata da Pietro Giudice, Paolo Ferrara, Nicolino Esposito, Costantino Astarita, Giulio Bonzani, Gino Piazza, Pietro Lemme, Emilio Musacchio, Raffaele Sangiuolo, Rossano Battista. La giornata successiva, caratterizzata da ampia e approfondita partecipazione, ha visto gli interventi di Giuseppe Palazzo, Vincenzo Antonio Ciconte, Cosima Cloro, Roberto Di Paola, Carmine Riccio, Vincenzo Lenti, Ferdinando Fascetti, Pasquale

Caldarola, Francesco Enia, Antonio Fiscella, Antonio Aloia, Nicola Capuano, Luigi Caliendo, Attilio Varricchio, Filippo Boscia, Carolina De Vincenzo, Ernesto Murena, Bernardino D'Alessandro, Massimo Elia, Alberto Gigantino, Franco Silvestri, Osvaldo Silvestri, Antonio Palermo, Bruno Ricciardelli, Gennaro Bellizzi, Eduardo Bossone, Nicola Mininni, Michele Comito, Carlo D'Agostino, Sergio Severino, Maurizio Averna, Vincenzo Cirrincione, Michele Gulizia, Domenico Miceli, Rosario Farina, Giovanni Stanco, Franco Turturiello, Cosimo Napoletano, Filippo Gatto, Virgilio Pennini, Luigi Truncellito, Michele Santoro, Alessandro Villella, Cesare Baldi, Raffaele Rotunno, Gennaro De Marco, Domenico Prinzi. La giornata di martedì si è conclusa con l'intervento di Salvatore Pirelli, Presidente ANMCO, che ha evidenziato l'appassionata partecipazione al dibattito ed il contributo alla discussione derivante dalla esperienza reale dei Cardiologi dell'Italia Meridionale. L'ultima giornata del Corso ha registrato gli interventi di Ernesto Mossuti, Giovan-

ni D'Angelo, Sergio Pede, Roberto Ceravolo, Augusto Canonico, Vincenzo Provenzano, Vincenzo Capuano, Maurizio Abrignani, Genny Rinaldi, Gerolamo Sibilio, Angelina Martone, Michele Cannone, Gianfranco Antonelli, Archimede Caruso, Mario Chiatto, Antonio Butera, Luigi Petraglia, Laura L. Piccioni, Abele Ajello, Aldo Celentano, Luigi Di Lorenzo, Aniello Sansone, Margherita De Cristofaro. I lavori del Forum si sono chiusi con l'intervento di Giovanni Gregorio che sottolineando il successo dell'evento, ha rimarcato l'attiva partecipazione dei Colleghi intervenuti, dimostrando la bontà di un impianto formativo innovativo che privilegia l'esperienza diretta alla mera esposizione frontale di dati. E' stato rivolto un grazie particolare ai Presidenti ANMCO delle Regioni coinvolte, al Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Campania, al Comitato Scientifico, alla Merck Sharp & Dhome e alla Schering Plough che hanno contribuito alla realizzazione dell'evento.

Un biennio molto intenso

Una sintesi delle attività promosse e realizzate dall'ANMCO Lazio tra 2008 e 2010

a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lazio

Si conclude in questi giorni il biennio di attività maggio 2008 - maggio 2010 del Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO Lazio. E' stato un periodo ricco di iniziative importanti che vogliamo brevemente riassumere.

Rapporti con le Istituzioni

Il 20 luglio del 2009 l'ANMCO Lazio ha sottoscritto un protocollo di intesa con Laziosanità - ASP, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. L'accordo riconosce all'ANMCO Lazio il ruolo di referente scientifico per lo sviluppo di programmi congiunti di ricerca clinico - epidemiologica e valutazione degli esiti nel campo delle malattie cardiovascolari nella Regione Lazio. Grazie a questa intesa l'ANMCO Lazio rappresenta attualmente l'interlocutore privilegiato dell'Agenzia Regionale di Sanità e concorre a diversi progetti, quali INCA 2 (Indicatori in Cardiologia) e PREVASC (Progetto di Prevenzione Cardiovascolare), volti al miglioramento della qualità delle cure erogate dal Servizio Sanitario Regionale. L'ANMCO Lazio ha inoltre avviato un serrato confronto con le strutture dell'Assessorato Regionale alla Salute deputate al controllo della spesa farmaceutica regionale. Di recente, infatti, la Regione Lazio ha promulgato due Decreti (luglio 2009 e marzo 2010)

sull'appropriatezza delle prescrizioni di statine ed inibitori del RAAS. Nei fatti l'ANMCO Lazio ha significativamente contribuito, con altre Società Scientifiche (FADOI e FIMMG), a "mitigare" alcuni potenziali effetti sfavorevoli di questi provvedimenti. Si è inoltre provveduto allo sviluppo ed alla diffusione di materiale formativo per favorire una corretta interpretazione delle nuove norme regionali.

Registro Regionale delle Sindromi Coronariche Acute. Progetto "NET SCA"

Dopo circa un anno di intenso lavoro, il primo febbraio 2010 è iniziata la raccolta dati del progetto "NET SCA". L'iniziativa, promossa dall'ANMCO Lazio, in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità, prevede la realizzazione di un Registro Regionale prospettico che includa pazienti consecutivi con Sindrome Coronarica Acuta, ricoverati in 15 UTIC rappresentative della Rete assistenziale della Regione Lazio. Sono al momento attivi 5 Centri e sono già disponibili le informazioni cliniche relative a circa 250 pazienti. La raccolta dei dati viene realizzata mediante un sistema web based, interamente progettato e sviluppato dall'ANMCO Lazio, con la consulenza dell'Area Emergenza - Urgenza ANMCO (Sito WEB: www.netscalazio.org).

Club delle UTIC del Lazio

Nel mese di giugno 2009 l'ANMCO Lazio ha costituito il "Club delle UTIC", che raggruppa i Cardiologi operanti nelle UTIC della Regione. Il club promuove iniziative di formazione volte al miglioramento delle competenze professionali del personale medico ed infermieristico operante nell'area critica cardiovascolare. Particolare attenzione viene riservata alla complessità clinica ed alle competenze operative in ambiti non strettamente cardiologici. Il club ha già infatti realizzato due Eventi Formativi Regionali (novembre 2009 ed aprile 2010) su diabete mellito e malattie infettive nel paziente cardiologico critico.

Prima Consensus Conference Regionale sulla Gestione Clinica della Prevenzione Secondaria dopo Sindrome Coronarica Acuta

Il Servizio Sanitario della Regione Lazio vive uno straordinario momento di crisi. Le risorse sono in rapido esaurimento e si prospettano "dolorosi, ma salutari" interventi di "ristrutturazione". In questo momento, tuttavia, le più sensibili Associazioni scientifiche mediche ritengono necessario tentare il superamento delle difficoltà che impediscono il dispiegarsi di efficaci attività di prevenzione secondaria in

favore dei pazienti che hanno sofferto un evento coronarico acuto. Come primo passaggio 11 Società Scientifiche della Regione Lazio hanno promosso e realizzato una Consensus Conference Regionale sulla Gestione Clinica della Prevenzione Secondaria dopo Sindrome Coronarica Acuta alla quale hanno partecipato:

- ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) Sezione Lazio;
- SIC (Società Italiana di Cardiologia) Sezione Lazio;
- AIAC (Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo) Sezione Lazio;
- ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali) Sezione Lazio Collegio Federativo di Cardiologia (Italian College of Cardiology Practice);
- GISE (Società Italiana di Cardiologia Invasiva) Sezione Lazio;
- GICR (Associazione Italiana di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa) Sezione Lazio;
- FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) Sezione Lazio;
- SIEC (Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare) Sezione Lazio;
- SIMI (Società Italiana di Medicina Interna) Sezione Lazio - Molise;
- SISA (Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi) Sezione Lazio.

L'evento è stato patrocinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma e dalla FIC (Federazione Italia di Cardiologia). Questa iniziativa ha le seguenti finalità:

1. promuovere la cultura della prevenzione cardiovascolare secondaria nella

Regione;

2. far maturare una piena consapevolezza all'interno del corpo professionale medico sulla necessità di implementare misure efficaci di prevenzione secondaria;
3. sviluppare indicazioni effettivamente applicabili nella realtà locale della nostra Regione, in piena compatibilità con gli attuali assetti organizzativi e con la sostanziale esiguità di risorse;
4. definire criteri condivisi di appropriatezza per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche in prevenzione secondaria.

La Consensus Conference si è tenuta a Roma il 29 settembre ed è stata seguita da due ulteriori incontri a dicembre 2009 e febbraio 2010. Il Documento di consenso, frutto del lavoro delle Società Scientifiche, verrà pubblicato su un Supplemento del *Giornale Italiano di Cardiologia* entro il mese di giugno 2010.

Audit Clinico Regionale

L'ANMCO Lazio ha promosso due Audit Clinici multicentrici regionali, che hanno coinvolto sei Strutture ospedaliere della Regione Lazio. Il primo, Progetto PRONTO TARGET, ha valutato le modalità di gestione clinica dei pazienti con profilo di alto rischio cardiovascolare globale (circa 2.000 pazienti). Il secondo, Progetto CASP ACS, ha invece analizzato come sono curati i pazienti dimessi dopo Sindrome Coronarica Acuta (1.300 pazienti). I risultati di questa iniziativa hanno consentito di verificare aspetti rilevanti della pratica clinica corrente, facendo emergere eccellenze e contraddizioni. I risultati di questa iniziativa verranno presentati al Congresso Nazionale ANMCO 2010.

Eventi Formativi e congressuali

L'ANMCO Lazio ha realizzato il proprio Congresso Regionale "Cardiologia nel Lazio" nel febbraio del 2009 e del 2010. Sono stati inoltre promossi altri importanti eventi quali:

1. il Congresso congiunto ANMCO - SIMEU "Cardiourgenza", tenutosi nel novembre 2009, che si ripeterà nell'ottobre 2010;
2. il Simposio congiunto ANMCO Lazio - ANMCO Sicilia sulle gestione clinica delle Sindromi Coronariche Acute, tenutosi a Frascati nel novembre 2009;
3. il Simposio congiunto ANMCO Lazio - SIMI Lazio, tenutosi a Roma nel marzo 2009.

Questa breve panoramica riassume quanto è stato fatto nel corso di un intenso biennio. L'impegno di tutti i Consiglieri Regionali è stato particolarmente intenso e la nostra Associazione ha accresciuto la propria visibilità ed il proprio peso nella Regione.

La musica incontra *“per il Tuo cuore”* a Monopoli

*di V. Lopriore, F. Boscia,
S. Villella*

*Figura 1
Il cantautore e chitarrista Giovanni Baglioni,
figlio del noto cantante Claudio Baglioni*



Figura 2 - Da sinistra: i Dottori Lopriore, Mazzella, Scalera e Caldarola, il cantautore e chitarrista Giovanni Baglioni, i Dottori Boscia, Vilella e Russo.

Anche quest'anno si è svolta a Monopoli, in occasione della Settimana "per il Tuo cuore", una serata per la sensibilizzazione della cittadinanza alla raccolta fondi per la ricerca in campo cardiovascolare. I monopolitani hanno risposto con grande partecipazione all'invito della Cardiologia di Monopoli, diretta dal Dott. Filippo Boscia, e del Consiglio Regionale dell'ANMCO Puglia, che quest'anno ha affidato al Dott. Vincenzo Lopriore l'organizzazione di una serata evento a conclusione della Campagna promozionale durata dal 29 marzo al 14 febbraio 2010. E' stata organizzata a Monopoli, presso l'Auditorium di Canale 7, una serata, mandata in onda dalla rete televisiva locale, in cui si sono esibiti gli attori della "Allegra Brigata", il cantante Roberto Galanto e, come ospite d'onore, il famoso musicista Giovanni Baglioni. Alla cerimonia hanno partecipato il Presidente Regionale ANMCO Puglia, Dott. Alessandro Vilella, il Dott. Giuseppe Scalera, il Dott. Vitantonio Russo e la Dott.ssa Tiziana Mazzella,

in rappresentanza del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO e il Consigliere Nazionale Pasquale Caldarola. Il Dott. Lopriore ha presentato ai partecipanti l'ANMCO con le sue finalità scientifiche e la sua attività di ricerca che coinvolge abitualmente tutta la rete delle Cardiologie italiane ed ha fatto cenno agli Studi GISSI e ai riconoscimenti ottenuti dai Cardiologi italiani da tutto il mondo scientifico. Il Dott. Alessandro Vilella, Presidente Regionale ANMCO Puglia ed il Dott. Pasquale Caldarola hanno rappresentato i meriti della comunità Cardiologica ospedaliera, chiarendo gli obiettivi della Fondazione "per il Tuo cuore" e l'impegno a promuovere "una ricerca innovativa", dietro la spinta propulsiva del Prof. Attilio Maseri. Il Dottor Boscia ha esaltato le capacità assistenziali e di ricerca clinica delle Cardiologie ospedaliere che sono riuscite ad equiparare ed in qualche caso superare le Cardiologie universitarie. Il Sindaco di Monopoli, Ing. Emilio Romani, ha dato il benvenuto all'intera comunità che gremiva la

Sala, dichiarando la sua soddisfazione per la scelta di Monopoli come sede dell'iniziativa e per la grande partecipazione della cittadinanza. Sono state declamate poesie coinvolgenti il "Cuore" e canzoni sull'amore mentre Giovanni Baglioni, che con la sua chitarra riesce a fare cose straordinarie utilizzando una tecnica tambureggiante, ha suonato pezzi musicali celebri tratti dal suo ultimo CD "Anima Meccanica", con continui riferimenti all'iniziativa promossa dalla Fondazione "per il Tuo cuore". Ha preso parte alla manifestazione anche il Dottor Surico, Consigliere Regionale della Regione Puglia, che ha sostenuto la validità di iniziative miranti alla sensibilizzazione di tutta la popolazione a problematiche di grande interesse scientifico e sociale, apprezzando l'impegno posto in essere dai Cardiologi di Monopoli e della Puglia.

Addio vecchia colonna!

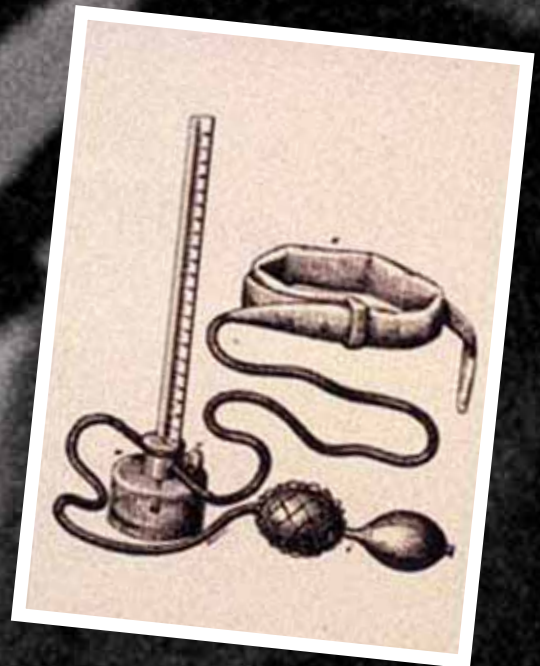
di A. Murrone e G. Alunni

Dopo oltre 110 anni di onorato servizio scompare una delle più semplici e geniali apparecchiature mediche; un omaggio a Scipione Riva - Rocci

Nel 1896 uno pneumologo italiano, Scipione Riva - Rocci presentò alla comunità scientifica lo sfigmomanometro a mercurio, certamente l'apparecchio più utilizzato in Medicina

Una Direttiva del Parlamento Europeo ha vietato la sua commercializzazione dal 3 aprile 2009, lasciando la possibilità di acquistare apparecchi di seconda mano

Dobbiamo sperare nei mercatini dell'usato?



Una Direttiva del Parlamento Europeo impone ai Paesi membri, a far data dal 3 aprile 2009, di non commercializzare sfigmomanometri a mercurio

Circa 4.500 tonnellate di mercurio vengono annualmente rilasciate in atmosfera, di cui 2.250 da attività industriali...

Ricordiamoci del polso paradossale e facciamo in modo di non far sostituire la specie estinta esclusivamente con apparecchi elettronici...

Nel volume 33 dell'*Archives of Internal Medicine* dell'anno 1924, compare un articolo, "Il polso paradossale, con particolare riferimento al versamento pericardico": HW Gauchat e LN Katz, 85 anni fa, portavano così alla ribalta scientifica internazionale l'importanza di questo segno clinico⁽¹⁾. Per dare un'idea di quanto tempo sia passato è sufficiente ricordare che nello stesso numero della prestigiosa Rivista, RH Major metteva in risalto il valore della creatinina come parametro indiretto della funzione renale⁽¹⁾. Molto è cambiato in Medicina, in questi anni, e molto è cambiato anche nel nostro modo di vivere e inquinare. Un esempio? <<Il mercurio è presente nei pesci dei nostri mari in quantità maggiori di quelle riscontrate nella fauna ittica dell'Atlantico. Ma il rischio è globale, su scala mondiale circa 4.500 tonnellate di mercurio vengono annualmente rilasciate in atmosfera>>. La preoccupante affermazione è tratta da uno Studio del CNR del 2005⁽²⁾. Gli effetti dannosi del mercurio sono tristemente ricordati dai disastri ecologici in Giappone (1953 - 1960), in Iraq (1956 - 1960) e, molto più recentemente, nel triangolo industriale di Priolo - Augusta - Melilli. Questo metallo deriva in parte da sorgenti naturali ma in gran parte è impiegato nella produzione industriale soprattutto di soda caustica, del cemento, dell'oro, ma anche di materiale elettronico, termometri ed, ebbene sì, anche degli sfigmomanometri. Con la Direttiva 2007/51/CE del Parlamento Europeo del 25 settembre 2007, si stabiliva che <<...l'introduzione di

restrizioni alla commercializzazione di apparecchiature di misura contenenti mercurio impedirebbe al mercurio di entrare nel flusso dei rifiuti, comportando benefici per l'ambiente e, a lungo termine, per la salute umana. Allo scopo di limitare il più possibile le emissioni di mercurio nell'ambiente e per assicurare l'eliminazione graduale delle restanti apparecchiature di misurazione che contengono mercurio... specialmente degli sfigmomanometri nelle cure sanitarie, la Commissione dovrebbe esaminare la disponibilità di alternative affidabili e più sicure... Gli Stati membri applicano tali disposizioni a decorrere dal 3 aprile 2009>>⁽³⁾. E così, da quella data, il 3 aprile 2009, non è più reperibile sul mercato lo sfigmomanometro a mercurio, frutto dell'ingegno di un italiano, Scipione Riva - Rocci, emblema semplice ma al tempo stesso ingegnoso di ogni Ambulatorio ed Ospedale del mondo. Vero, certamente vero che esistono valide e più ecologiche alternative. Ma è anche vero che non sappiamo quanto sia, in grammi o chilogrammi o tonnellate, il mercurio contenuto in tutti gli sfigmomanometri del mondo, forse più, o forse meno delle 400 Mgy - 1 derivanti dalla produzione artigianale dell'oro, metallo forse più bello, ma limitatamente al nostro caso, certamente non più utile di un bravo sfigmomanometro a mercurio, sempre preciso, affidabile, che non necessita di manutenzione, né di taratura e che soprattutto è lo strumento che ci ha fornito i valori di riferimento della pressione arteriosa. E allora, perché le pile, consumate a miliardi, hanno diritto a una sorta di "cimitero" obbligato, mentre lo sfigmomanome-

tro a mercurio non deve più esistere, anche se costituisce una popolazione numericamente di gran lunga inferiore? Certo, non abbiamo alternativa alle pile, ma è anche facile dimostrare che il cimitero delle batterie esaurite, ciò che di fatto ne sancisce il giusto diritto all'esistenza, è certamente luogo molto poco frequentato dagli ormai inutili cilindri e molto più da spazzatura di ogni genere e tipo. E allora, perchè non consentire alle sole Strutture sanitarie, pubbliche o private, la possibilità di utilizzare uno strumento storico e al tempo stesso moderno, continua testimonianza dell'ingegno italiano, considerato che le stesse Strutture sono già, per Legge, obbligate allo smaltimento di rifiuti speciali ovvero tossici? Perché le Direttive sono le Direttive. Certo. Ma cosa c'entra il polso paradossale? In quasi tutti gli Ospedali una certa quota di sfigmomanometri sono ancora a mercurio: basterebbe progettare sistemi di sicurezza anti - fuoriuscita di mercurio e materiali praticamente indistruttibili, per annullare il rischio di inquinamento. Arriverà però, comunque, il momento dell'estinzione. Ricordiamoci allora del tamponamento cardiaco: come faremmo la diagnosi al letto del malato se disponessimo solo di apparecchi elettronici? Riserviamo almeno una quota a misuratori di pressione ecologici ma con la vecchia pompetta manuale per non rendere vano anche il lavoro di Gauchat e Katz sul polso paradossale, definito in una Review del *New England Journal of Medicine*, un reperto diagnostico chiave del tamponamento cardiaco⁽⁴⁾. A proposito di Legge: <<...la presente Direttiva europea si limita solo all'immissione

sul mercato di apparecchiature di misura nuove. Tale restrizione non dovrebbe pertanto essere applicata alle apparecchiature già in uso o vendute di seconda mano...>>⁽³⁾. Ciò potrebbe dare il via libera al mercato dell'usato e Riva - Rocci continuerebbe così ad essere orgoglioso nel vedere quantomeno allontanarsi di molto la scomparsa, purtroppo ineluttabile, del suo apparecchio, grande protagonista della storia della Medicina. Quanto scritto, un po' per ricordare un amico (lo "sfigmo"), vuole essere un omaggio a Scipione Riva - Rocci, che presentò alla stampa scientifica il suo sfigmomanometro a mercurio il 15 dicembre 1896, stesso anno in cui un giornale austriaco riportò la notizia della scoperta dei raggi X, fatta da Wilhelm Roentgen. Coerente alla figura di uomo esclusivamente dedito al bene degli altri, Riva - Rocci si rifiutò di brevettarlo, rinunciando così a tutte le offerte per lo sfruttamento commerciale dell'apparecchio.

1. Archives of Internal Medicine 1924, vol. 33

2. Consiglio Nazionale delle Ricerche. Mediterraneo: allarme mercurio. Comunicato stampa 85/2005

3. Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea del 3.10.2007. Direttiva 2007/51/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 25 settembre 2007 che modifica la Direttiva 76/769/CEE del Consiglio per quanto riguarda le restrizioni alla commercializzazione di alcune apparecchiature di misura contenenti mercurio


4. Spodick DH, Acute Cardiac Tamponade. N Engl J Med 2003;349:684 - 90

Bilancio del biennio 2008 - 2010 del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO del Veneto

di D. Marchese e G. Paschetto

Il bilancio del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto 2008 - 2010 ha visto fondamentalmente il proseguimento del programma tracciato nel 2006, quando la Presidenza venne affidata al Dott. Domenico Marchese, riconfermata poi nel 2008. La linea programmatica è stata quindi la stessa negli ultimi quattro anni e si è sviluppata attraverso una stretta e costante collaborazione con i componenti del Consiglio Direttivo Regionale che è stato parzialmente rinnovato nel 2008. Tra le prime iniziative del Consiglio vi è stata la creazione di una Newsletter periodica, inviata per e-mail a tutti gli Iscritti, nella quale vengono riassunte le iniziative del Consiglio, gli Eventi Formativi programmati, gli Studi e le pubblicazioni che riguardano i Soci del Veneto. Tale strumento è stato apprezzato da tutta la comunità cardiologica, ed ha sicuramente creato un rapporto diretto tra la base ed il Consiglio Regionale, favorendo la comunicazione tra i Soci. Un appuntamento tradizionale dell'ANMCO Veneto, che anche questa gestione ha supportato, è sempre stata la riunione periodica sui Casi Clinici, rivolta soprattutto ai giovani Colleghi che hanno l'opportunità di presentare in pubblico e discutere casi complessi,

con revisione della letteratura sull'argomento in questione. Le ultime due edizioni si sono svolte nel novembre 2008 a San Bonifacio (VR) e nel dicembre 2010 a Pieve di Cadore (BL) ed hanno visto una notevole ed interessata partecipazione, grazie anche alla formula sempre coinvolgente e stimolante di tali riunioni. Il Consiglio inoltre, nel corso dell'ultimo biennio, ha realizzato nella nostra Regione tutte le Campagne Educazionali Nazionali promosse dall'ANMCO Nazionale. Nell'ottobre 2008 si è tenuta a Padova la Campagna Educazionale "Cardiologie Sicure: Gestione del Rischio Clinico" che ha visto la partecipazione del Giudice Antonello Cirnelli e del Medico Legale Gianni Pipeschi, che hanno sapientemente illustrato quali attenzioni prestare nello svolgimento della nostra professione onde minimizzare i rischi clinici che ogni giorno dobbiamo affrontare. Altro importante appuntamento è stato il Seminario di Aggiornamento "Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: l'approccio diagnostico e terapeutico nelle diverse fasi di evoluzione della malattia", tenutosi nel novembre 2008. Stimolante e ricca di spunti è stata la discussione sui Casi Clinici proposti dai quali si sono potuti trarre suggerimenti operativi per la pratica



clinica quotidiana. Nel febbraio 2009 un altro importante Evento realizzato nella nostra Regione è stato quello della Campagna Educazionale Nazionale “Ritardo Evitabile”. Questa è stata l’occasione per fare un primo bilancio sulla fase attuativa della Delibera della Regione Veneto n. 4.550 del 28 dicembre 2007, per la realizzazione di una Rete assistenziale interospedaliera che garantisca eguale trattamento per tutti i cittadini del Veneto colpiti da IMA. In effetti questo è il fiore all’occhiello della gestione di questo Consiglio Regionale, che ha dapprima stimolato i vertici della Sanità Regionale e quindi contribuito alla stesura del Protocollo clinico - organizzativo che potesse garantire la gestione appropriata dei pazienti con IMA, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi. Nel corso di tale riunione sono inevitabilmente emerse delle difficoltà e dei limiti, dei quali è stato fatto partecipe il rappresentante della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, Dott. Francesco Pietrobon, che pur riconoscendo tali limiti, ha comunque sottolineato come gli standard di trattamento nella nostra Regione siano già elevati e come al momento attuale la carenza di risorse finanziarie ed umane purtroppo non permetta ancora la piena ed efficace attuazione della Rete. Ha tuttavia garantito l’interesse costante della Regione per questo problema, auspicando quantoprima ulteriori interventi per l’ottimizzazione dei percorsi, magari attraverso la creazione di un network informatico comune che permetta un regolare scambio di informazioni tra i vari Centri cardiologici. Per quanto riguarda invece il problema della ca-

renza di organico nelle nostre Cardiologie, l’ANMCO Veneto ha effettuato un Censimento sul personale medico delle Cardiologie Venete, per capire le esigenze attuali e future sul numero di Cardiologi ospedalieri necessario per garantire prestazioni e qualità dei servizi, in modo tale da interagire con l’Università ai fini della formazione di un congruo numero di specializzandi nei prossimi anni. La gestione dell’attuale Consiglio si è conclusa con il Congresso Regionale ANMCO dal titolo “Nuove Prospettive in Cardiologia” che si è tenuto l’8 maggio 2010 a Legnaro (PD). L’appuntamento ha rappresentato una occasione per fare un bilancio della gestione dell’ANMCO Veneto da parte di questo Consiglio, e contemporaneamente porre le basi e nuovi stimoli per conservare il patrimonio di stima e visibilità raggiunto dal Veneto nel panorama cardiologico nazionale. La mattinata è stata dedicata alle valvulopatie mitraliche ed aortiche, argomento di grande attualità, sia per le problematiche legate alla decisione sul timing per l’intervento, sia per il recente sviluppo di tecniche di trattamento per via percutanea che hanno permesso di offrire anche a pazienti con numerose comorbidità una ulteriore opzione terapeutica. Nel pomeriggio è stato dato spazio alle nuove metodiche di Imaging cardiologico, che fanno ormai parte del bagaglio quotidiano del Cardiologo nel “decision - making” sul percorso dei nostri pazienti, ma che non sempre vengono utilizzate in modo appropriato. D’altro canto, la Cardiologia è divenuta sempre più una disciplina vasta ed articolata che si caratterizza per l’elevata difficoltà

scientifica e professionale cui bisogna rispondere con una efficiente organizzazione. Di questo abbiamo discusso nella Tavola Rotonda finale, alla quale hanno preso parte i Direttori di tutte le Cardiologie venete. Altri numerosi eventi formativi, su iniziativa dei vari Centri cardiologici della Regione, con il patrocinio dell’ANMCO Regionale sono stati realizzati in questo biennio, tutti di notevoli interesse scientifico, a testimonianza della vivacità culturale dei Cardiologi veneti. Desideriamo pertanto porgere il ringraziamento a tutti i Soci del Veneto, indistintamente, perché con il loro costante contributo in termini di adesione e condivisione delle iniziative da noi proposte hanno testimoniato l’orgoglio della partecipazione alla vita dell’ANMCO Regionale, permettendoci di migliorare la diffusione della cultura cardiologica nella nostra Regione.

Miocardite: un termine unico per molti problemi aperti

di F. Brun, A. Buiatti, G. Finocchiaro, M. Merlo, S. Rakar, G. Sinagra

La miocardite è definita come una alterazione infiammatoria del miocardio, con particolare coinvolgimento di miociti, tessuto interstiziale ed endotelio vascolare. La diagnosi si basa su criteri istologici, immunologici ed immunoistochimici⁽¹⁾. Questa patologia risulta di difficile inquadramento diagnostico e non è, ad oggi, ancora ben compresa nella sua complessità fisiopatologica. L'infiltrazione infiammatoria del miocardio si può sviluppare sulla base di tre principali meccanismi eziopatogenetici: infettivo, autoimmune e tossico. L'induzione di un processo miocarditico con alterazione del quadro istologico può essere infatti innescata da un processo infettivo (virus, batteri, miceti, protozoi, spirochete), sostanze tossiche (arsenico, selenio, cocaina, amfetamine), agenti chimici e farmaci (antineoplastici, antidepressivi triciclici, fenotiazine, litio), agenti fisici (radiazioni, insulti termici), forme allergiche correlate ad habitus atopico ed ipereosinofilia periferica secondarie a farmaci di comune impiego (antibiotici, sulfonamidi, anticonvulsivanti, diuretici, antitubercolari). Tra i virus, gli Enterovirus sono stati a lungo ritenuti i principali responsabili di processi di infiammazione peri-miocardica; negli ultimi anni altre specie virali sono state chiamate in causa come gli Adenovirus (ADV), Human Herpesvirus

6 (HHV-6), Human Cytomegalovirus (HCMV), Epstein-Barr virus (EBV), Virus dell'epatite C (HCV), Parvovirus B19 (PVB19)^(2,3). Ciò giustifica in parte l'inadeguatezza di indagini sierologiche centrate in passato solo sugli enterovirus. In molti casi l'agente eziologico continua a rimanere non identificabile e pertanto si parla di "miocarditi idiopatiche" che vengono comunque, nella maggior parte dei casi, attribuite ad una pregressa infezione virale evidenziata quando la fase di miocitolisi è ormai trascorsa (fase subacuta - cronica delle miocarditi, in genere oltre 4 settimane dal contatto con l'agente virale).

Presentazione clinica

L'estrema eterogeneità della presentazione clinica⁽⁴⁾ di questa malattia ha reso complessa la determinazione della reale incidenza della miocardite nella popolazione generale: la miocardite può, infatti, presentarsi con sintomi sistemici aspecifici (febre, mialgia, palpitazioni, dispnea da sforzo), con un quadro clinico simil - infartuale, con aritmie talvolta minacciose per la vita o con scom-

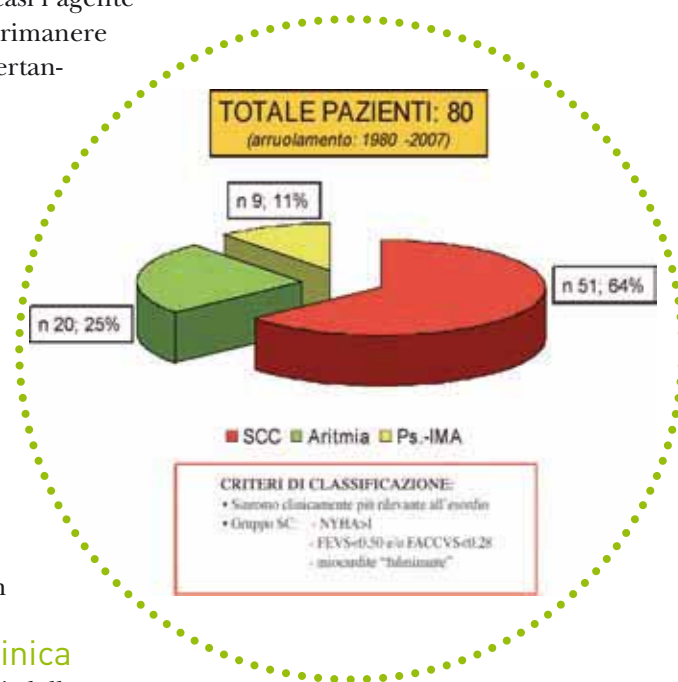


Figura 1
Registro Malattie del Miocardio di Trieste - Modalità di presentazione clinica della miocardite biopicamente accertata.

penso cardiaco. Inoltre spesso non vengono diagnosticati gli episodi sub-clinici e, di conseguenza, la loro possibile evoluzione in forme di cardiomiopatia dilatativa, poi erroneamente definita come idiopatica. In caso di sintomi il polimorfismo clinico è estremamente spiccato e consiste di tre quadri principali:

- scompenso cardiaco, con possibile evoluzione verso una cardiomiopatia dilatativa;
- dolore toracico simil-anginoso o pericarditico (incremento di troponina I e CPK-MB);
- aritmie ipocinetiche (blocchi atrio-ventricolari e seno-atriali) ed ipercinetiche sia atriali (fibrillazione atriale, tachicardia parossistica sopraventricolare) che ventricolari (tachicardia e fibrillazione ventricolare).

Il Registro delle Malattie del Miocardio di Trieste, raccoglie 80 pazienti con miocardite bioppticamente accertata. La modalità di presentazione clinica più frequente è stata lo scompenso cardiaco, seguita dall'esordio aritmico (rispettivamente 64% vs 25% con esordio aritmico e 11% con esordio pseudo-infartuale)⁽⁵⁾ (Figura 1). In alcuni casi la miocardite può manifestarsi con aritmie minacciose o con scompenso cardiaco acuto severo ("fulminante") con necessità di supporto inotropo avanzato e talora di supporto meccanico.

Controversie diagnostiche

Nonostante i recenti avanzamenti della Cardio-Risonanza Magnetica, la Biopsia EndoMiocardica (BEM) rimane la metodica che permette, pur con limiti di sensibilità ed al prezzo di una procedura invasiva, una diagnosi di certezza ed una caratterizzazione del tipo istopatologico e molecolare della miocardite (Figure 3 e 4). I criteri di Dallas, proposti nel 1986, inquadrano la miocardite attiva secondo una definizione istopatologica standardizzata:

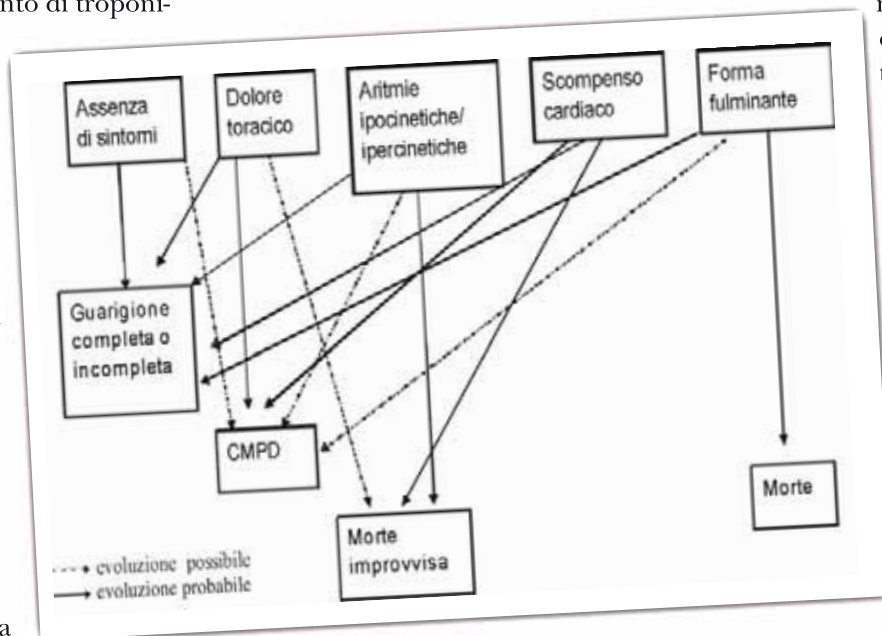


Figura 2
Presentazione ed evoluzione della miocardite acuta

infiltrato di cellule infiammatorie del miocardio, con associata necrosi e/o degenerazione dei miociti. Tuttavia, tali criteri non inquadrano i pazienti nella prospettiva dei differenti meccanismi eziopatogenetici e presentano, inoltre, bassa sensibilità e specificità. La mancanza di Studi

clinici randomizzati controllati non permette attualmente di elaborare classi di raccomandazione "evidence based" nelle indicazioni alla BEM. Il Documento di Consenso Italiano sulla Biopsia Endomiocardica (6), frutto del lavoro congiunto di un gruppo di Patologi e Cardiologi, approvato dalla Federazione Italiana di Cardiologia, recentemente pubblicato, sottolinea l'utilità diagnostica e le ricadute complessive di una diagnosi "di certezza" sulla gestione clinica del

malato. Il contesto in cui più frequentemente si pone il problema di eseguire prelievi biopptici miocardici è sicuramente rappresentato dalle aritmie ventricolari maggiori "life threatening" e dallo scompenso cardiaco acuto o di recente insorgenza (entro 6 mesi), refrattario alla terapia convenzionale, le cui caratteristiche anamnestiche (recente infezione virale, indici di flogosi

aumentati, recente puntura di insetto) suggeriscano una possibile miocardite sottostante^(7,8). Il ruolo della risonanza magnetica nel guidare la diagnosi di miocardite con uso di mezzo di contrasto paramagnetico (gadolinio) si profila come molto promettente:

- 1) per la diagnosi di infiammazione e danno miocardico;
- 2) per mirare la sede del prelievo a maggior rappresentatività;
- 3) per il follow-up.

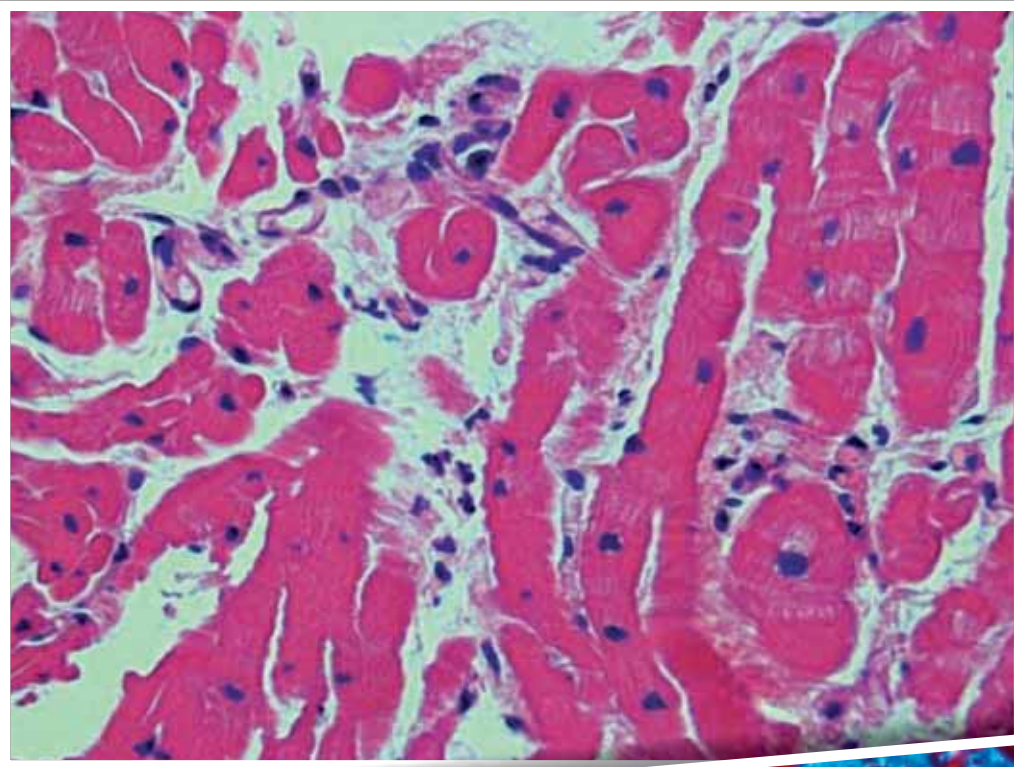


Figura 3
Biopsia Endomiocardica:
miocardite con infiltrati
linfocitari attivi
(ematossilina - eosina 20x)

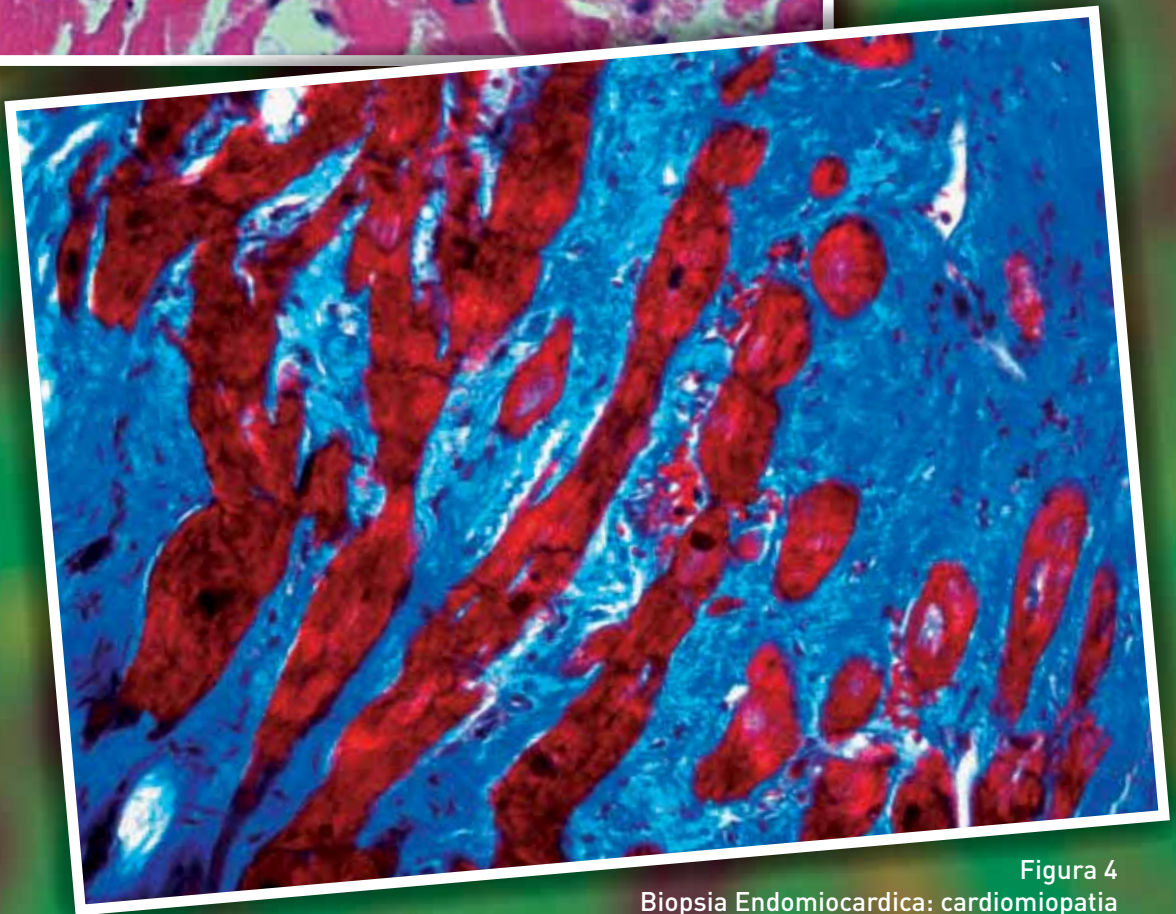


Figura 4
Biopsia Endomiocardica: cardiomiopatia
post miocarditica con fibrosi (in bleu)
sostitutiva e perimiocellulare; attenuazione
miocellulare (in rosso) con ipertrofia
nucleare (Azan - Mallory 20x)

Peraltro la combinazione dell'identificazione di edema nelle immagini T2 pesate e la differente distribuzione della ritardata eliminazione del gadolinio (late enhancement) aumenterebbe l'accuratezza diagnostica, contribuendo alla diagnosi differenziale fra cardiopatia ischemica e perimiocardite ad esordio simil - infartuale⁽⁹⁾. Un punto critico riguarda l'assoluta necessità che l'informatività della BEM venga garantita da:

- 1) numero di prelievi rappresentativo;
- 2) sistematica conservazione di uno dei prelievi in azoto liquido - frigo - 80°C per indagini virologiche molecolari o di proteomica;
- 3) esecuzione di completa caratterizzazione istopatologica, immunostochimica (anticorpi specifici per l'identificazione, la quantificazione e la caratterizzazione delle cellule infiammatorie, molecole di adesione ed antigeni HLA) e virologica molecolare. Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse per la rilevanza patogenetica, prognostica e terapeutica della persistenza del genoma virale nei cardiomiociti di pazienti affetti da "cardiomiopatia infiammatoria". Attualmente, attraverso le metodiche Southern blot hybridization e Real time - PCR è stato possibile ottenere una quantificazione precisa del contenuto virale nei campioni endomiocardici, caratterizzare l'attività replicativa del genoma virale, discriminando così quadri di persistenza virale latente (non necessariamente rilevanti sul piano clinico), da forme con potenziale replicazione attiva del virus. Nonostante diversi studi^(10,11) abbiano dimostrato che la persistenza di virus in replicazione attiva si associ

ad una maggior mortalità, l'impatto prognostico e la ricaduta terapeutica rimangono tuttora controversi. E' da segnalare che in questa fase di conoscenze incomplete lo studio a livello molecolare può risultare utile nell'astenersi da alcune terapie (come l'immunosoppressione in caso di persistenza di genoma virale) o nell'investire su terapie antivirali o immunostimolanti - immunomodulanti (interferone, immunoglobuline ev, plasmaferesi)⁽¹²⁾.

Storia naturale e stratificazione prognostica

La storia naturale della miocardite acuta "attiva" non è del tutto conosciuta e varia a seconda dell'eziologia, della modalità di presentazione clinica e dell'intervallo fra l'esordio di malattia e la diagnosi. La miocardite può avere fondamentalmente quattro tipi di evoluzione:

- guarigione completa senza esiti apparenti;
- evoluzione in CMPD;
- morte a breve termine per deficit di pompa;
- morte improvvisa.

Come osservato dal nostro gruppo^(4,5), l'esordio aritmico e pseudo - infartuale si associano ad una sopravvivenza a medio e lungo termine decisamente favorevole. Le forme che esordiscono con scompenso cardiaco possono avere diversi tipi di decorso, dal completo ripristino della funzione ventricolare, alla progressiva evoluzione in CMPD: va sottolineato che questo tipo di esordio clinico si associa in generale ad una prognosi significativamente più sfavorevole rispetto alle altre modalità di presentazione⁽¹³⁾ (Figura 1 e Figura

2). Caforio e Coll.⁽¹⁴⁾, in uno studio su 174 pazienti (85 con miocardite attiva e 89 con miocardite borderline) hanno riscontrato genoma virale (PCR) nel 26% dei pazienti e autoanticorpi anti-cuore nel 56% (immuno fluorescenza indiretta). Al momento della diagnosi, il principale elemento predittivo per morte o trapianto è risultato essere il riscontro di indici emodinamici ed ecocardiografici di disfunzione biventricolare, classe funzionale NYHA 2 - 4 ($p = 0,002$). La presenza di genoma virale è risultata essere fattore predittivo indipendente di prognosi avversa.

Le miocarditi fulminanti sembrerebbero associarsi ad una elevata probabilità di normalizzazione della funzione ventricolare e, quindi, ad una miglior prognosi, se superata la fase acuta⁽¹⁵⁾. Sono stati identificati alcuni fattori che possono condizionare una prognosi negativa caratterizzata da una maggior probabilità di evoluzione in cardiomiopatia dilatativa con un elevato tasso di mortalità e trapianto cardiaco, come l'età giovanile, il maggior intervallo esordio - diagnosi, lunga durata dei sintomi, l'esordio con scompenso cardiaco, la presenza di turbe maggiori di conduzione ventricolare sinistra, un maggior grado di dilatazione e disfunzione ventricolare sinistra, la coesistente disfunzione ventricolare destra ed il progressivo peggioramento clinico - strumentale in terapia medica anche nel breve termine^(15,17). Peraltro, dati preliminari dall'analisi del Registro delle Malattie del Miocardio di Trieste hanno evidenziato che un rapido miglioramento della capacità contrattile del ventricolo sinistro dopo 6 mesi di terapia aggiungerebbe

un potere prognostico significativo rispetto al modello con le sole variabili basali⁽¹⁸⁾. Questi dati enfatizzano il ruolo decisionale clinico e prognostico della rivalutazione periodica dei pazienti particolarmente nei primi 3 - 6 mesi al fine di orientare i percorsi diagnostici e terapeutici, garantendo una accurata stratificazione prognostica.

Controversie terapeutiche

La terapia della miocardite acuta deve essere basata sul tipo e la gravità della presentazione clinica, utilizzando i trattamenti farmacologici ed i devices non farmacologici a disposizione per la cura dello scompenso cardiaco e delle aritmie ipo ed ipercinetiche. Il follow - up dei pazienti deve essere attento e l'impianto di ICD in prevenzione primaria va considerato caso per caso sulla base delle caratteristiche d'esordio, funzione ventricolare residua ed evoluzione nel follow - up. Ad oggi il maggior beneficio dal trattamento immunosoppressivo è stato certamente dimostrato per alcune categorie eziopatogenetiche, quali: miocardite eosinofila, a cellule giganti, associata a malattie del connettivo o sviluppatesi nell'ambito di una reazione di rigetto dopo trapianto cardiaco. Recenti esperienze in letteratura⁽¹⁵⁾ hanno sottolineato come il trattamento immunosoppressivo (steroidi + azatioprina) sarebbe appropriato nei pazienti con miocardite "cronica autoreattiva", definita dalla presenza di infiltrato infiammatorio costituito prevalentemente da linfociti citotossici attivati e dall'evidenza di aumentata espressione miocardica dei marcatori di attivazione, immunologica (antigeni HLA, citochine), in assenza di persistenza di genoma virale alla

Polimerase Chain Reaction (PCR). Recentemente è stata infatti testata l'efficacia di un protocollo terapeutico immunosoppressivo con steroidi ed azatioprina in pazienti con cardiomiopatia virale cronica ("miocardite cronica") ed evidenza alla biopsia endomiocardica di aumentata espressione di marcatori di attivazione immunologica (HLA). Al termine del periodo di follow - up (24 mesi), vi è stato un significativo miglioramento dell'outcome clinico (classe NYHA, frazione di eiezione ventricolare sinistra) nei pazienti trattati con terapia immunosoppressiva, anche se non vi è stata una significativa riduzione della mortalità⁽¹⁹⁾. Zimmerman e Coll⁽²⁰⁾ hanno riportato i risultati di uno studio, in cui, per la prima volta, sono state adottate diverse strategie terapeutiche, in base alla caratterizzazione istologica e biologico - molecolare delle biopsie endomiocardiche. I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi: gruppo A, senza infiltrazione infiammatoria né virus; gruppo B, con infiammazione, ma non genoma virale; gruppo C, con presenza di virus, associato o meno ad infiltrazione infiammatoria. I pazienti che, in terapia convenzionale per lo scompenso, non mostrarono miglioramento della classe funzionale NYHA e dei dati ecocardiografici, furono trattati con interferone, nel gruppo C e prednisolone nel gruppo B. Il miglior outcome è stato osservato nel gruppo B, nonostante questi fossero esorditi con peggiori valori di frazione d'eiezione.

Attualmente vi è la forte convinzione che i pazienti con persistenza di genoma virale non possano essere sottoposti a terapia immunosoppressi-

va, dal momento che l'inibizione della risposta immune antivirale dell'ospite potrebbe favorire meccanismi di replicazione virale persistente, associati ad esacerbazione del danno miocardico. E' da dire che anche questo punto è oggetto di controversia:

- 1) perché la capacità replicativa non è dimostrata per alcune specie virali, specie in assenza di viremia circolante;
- 2) perché è stato suggerito che le miocarditi da HCV pur in presenza di genoma virale nei miociti possano rispondere all'immunosoppressione.

Sulla scorta dei risultati di uno studio - pilota⁽²¹⁾ (BICC: Betaferon in Chronic Viral Cardiomyopathy) in fase II, è iniziato nel 2002 uno studio multicentrico randomizzato placebo - controllato⁽²²⁾. I risultati non sono stati conclusivi su end point hard, nel lungo termine. Ad oggi non vi è pertanto evidenza univoca riguardante la selezione dei pazienti e gli effetti delle terapie pur essendosi registrato un progressivo ampliamento di conoscenze che porterà probabilmente ad una caratterizzazione dei pazienti per approcci terapeutici specifici differenziati. Non va comunque dimenticata la possibilità di clearance del virus e nel 50 - 60% dei casi di miglioramento spontaneo, in genere rapido a determinarsi in 4 - 8 settimane. Continuano a rendersi necessari studi controllati e prospettici su casistiche che pongano problematiche clinicamente rilevanti (scompenso cardiaco refrattario, disfunzione ventricolare sinistra progressiva, aritmie ventricolari maggiori), attentamente selezionate e seguite con follow - up prolungato.

Conclusioni

La miocardite risulta, tutt'ora, una pa-

tologia con estremo polimorfismo di presentazione ed evoluzione che pone problemi importanti di approccio diagnostico e terapeutico. L'introduzione della biopsia endomiocardica per la diagnosi in vivo e i recenti progressi delle indagini molecolari ed immunostochimiche, sono risultati contributori nel comprendere importanti aspetti fisiopatologici e clinici ma non hanno ancora consentito di caratterizzare in maniera definitiva sottogruppi destinati ad approcci terapeutici differenziati. L'impiego appropriato, selettivo ed a massima informatività della biopsia endomiocardica in sottogruppi selezionati potrà contribuire ad orientare le scelte terapeutiche condizionando un miglior outcome.

Bibliografia

- Richardson P, McKenna W, Bristol M, et al. Report of the 1995 World Health Organisation/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition and Classification of Cardiomyopathies. *Circulation* 1996;93:841-842.
- Kuhl U, Pauschinger M, Noutsias M, Seeberg B, Bock T, Lassner D, et al. High prevalence of viral genomes and multiple viral infections in the myocardium of adults with idiopathic left ventricular dysfunction. *Circulation* 2005;111:887-93.
- Frustaci A, Calabrese F, Chimenti C, et al. Lone hepatitis C virus myocarditis responsive to immunosuppressive therapy. *Chest* 2002;122:1348-1356.
- Sinagra G, Maras P, D'Ambrosio A et al. Polimorfismo clinico e di presentazione e storia naturale della miocardite attiva: esperienza su 60 casi. *G Ital Cardiol* 1997;27:758-774.
- Sinagra G., Magagnin A., Merlo M et al. Clinical course of active myocarditis according to clinical presentation and predictors of long-term prognosis in patients presenting with heart failure. *Eur Heart J* 2007;28(1):725
- Federazione Italiana di Cardiologia. Documento di Consenso sulla Biopsia Endomiocardica. *G Ital Cardiol* 2009;10(Suppl 1-9):18S-50S.
- A. Perkan, A. Di Lenarda, G. Sinagra. Cardiomiopatia Dilatativa: quando è indicata e cosa chiedere alla biopsia endomiocardica. *Ital Heart J Suppl* 2002; 3 (4): 419-425.
- L.T.Cooper, K. Baughman, A. M. Feldman, et al. The role of endomyocardial biopsy in the management of cardiovascular disease. *Eur Heart J* 2007;28:3076-3093.
- L.T. Cooper. Myocarditis. *N Engl J Med* 2009;360:1526-1538.
- Mackay IA, Arden K, Nitsche A. "Real-time PCR in virology". *Nucleic Acids Research*. 2002;30(6):192-1305.
- Khul U, Pauschinger M, Seeberg B, Lassner D, Noutsias M, Poller W, Schulteiss HP. Viral persistence in the myocardium is associated with progressive cardiac dysfunction. *Circulation* 2005;112:1965-1970.
- Frustaci A, Chimenti C, Calabrese F, Pieroni M, Thiene G, Maseri A. Immunosuppressive therapy for active lymphocytic myocarditis: virological and immunologic profile of responders versus non responders. *Circulation* 2003; 107:857-863.
- Sinagra G, Silvestri F, Pinamonti B, Bussani R, Salvi A, Perkan A, Miocarditi In "Trattato di cardiologia" ANMCO Volume II Exerpta Medica Ed; 2000 pag 2013-2033.
- Caforio A, Calabrese F, Angelini A, Tona F, Vinci A, Bottaro S et al. A prospective study of biopsy-proven myocarditis: prognostic relevance of clinical and aetiopathogenetic features at diagnosis. *Eur Heart J* 2007;28:1326-1333.
- McCarthy RE, Boehmer JP, Hruban RH, Hutchins GM, Kasper EK, Hare JM, Baughman KL. Long-term outcome of fulminant myocarditis as compared with acute (non-fulminant) myocarditis. *N Engl J Med*. 2000; 342: 690-695.
- Magnani JW, Dec WG. Myocarditis: current trends in diagnosis and treatment. *Circulation* 2006; 113:876-890.
- Sinagra G, Merlo M., Sabbadini G., et al. Clinical course of active myocarditis according to clinical presentation and predictors of long-term prognosis in patients presenting with heart failure. *Eur Heart J* 2007; 28:602 (abs)
- Narula N, , McNamara DM. Endomyocardial Biopsy and Natural History of Myocarditis. *Heart Fail Clin* 2005 Oct;1(3):391-406
- Wojnicz R., Nowalany-Kozielska E., Wojciechowska C., et al. Randomized, Placebo-controlled Study for Immunosuppressive Treatment of Inflammatory Dilated Cardiomyopathy. Two-Year Follow-Up Results. *Circulation*, 2001;104: 39-45.
- Zimmermann O, Kochs M, Zwaka TP, Kaya Z, Lepper PM, Hoher M, Hombach V. Myocardial biopsy based classification and treatment in patients with dilated cardiomyopathy. *Int J Cardiology*. 2005;104:92-100.
- Kuhl U, Pauschinger M, Schwimmbeck PL, et al. Interferon beta treatment eliminates cardiotropic viruses and improves left ventricular function in patients with myocardial persistence of viral genome and ventricular dysfunction. *Circ* 2003;107(22),2793-2798.
- Schulteiss P., Piper C., Sowade O. et al. The effect of subcutaneous treatment with interferon beta 1B over 24 weeks on safety, virus elimination and clinical outcome in patients with chronic viral cardiomyopathy. *Circulation* 2008;118:2309-2317.

La gestione del rischio cardiologico dei pazienti sottoposti a chemioterapia

L. Tarantini, F. Tuccia, F. Laveder, P. Faggiano, S. Oliva, G. Russo, R. Ceccherini, G. Alunni, S. Gori, M. Giusto, G. Catania, A. Di Lenarda

Negli ultimi decenni, i notevoli progressi nella diagnosi precoce e nella terapia, hanno determinato un sostanziale miglioramento della sopravvivenza dei pazienti affetti da cancro. Si stima, attualmente, che il 70% delle donne affette da neoplasia mammaria sopravvive più di 10 anni ed una ridotta mortalità si registra anche nei pazienti con altre comuni neoplasie quali ad esempio il cancro della prostata ed i linfomi di Hodgkin e non Hodgkin^(1,2). Buona parte dei tumori sono oggi curabili: un crescente numero di pazienti oncologici sopravvive al proprio tumore per lungo tempo ma è esposto tuttavia al rischio di complicanze secondarie al trattamento, tra le quali, per frequenza ed implicazioni prognostiche, spiccano quelle cardiovascolari. In futuro il problema della gestione del rischio cardiovascolare nei pazienti neoplastici, ed in particolare il possibile sviluppo dell'insufficienza cardiaca conseguente al trattamento chemioterapico, è destinato a crescere perché il progressivo invecchiamento della società determinerà l'aumento dei soggetti a rischio di neoplasie e perché il miglioramento nella diagnosi precoce e nella cura dei tumori consentirà terapie sempre più efficaci con un presumibile aumento dei lungo - sopravvissuti al cancro, la cui gestione richiederà adeguate risposte assistenziali⁽³⁾. Il Cardiologo è una figura essenziale

nella moderna gestione dei pazienti oncologici. Tale tendenza prevedibilmente si accentuerà in futuro per una serie di considerazioni.

- I Registri sui pazienti oncologici pediatrici giunti in età adulta, documentano che tali pazienti presentano spesso una riduzione della sopravvivenza e della qualità di vita per il precoce sviluppo di complicanze cardio - vascolari secondarie alla terapia antitumorale⁽⁴⁾. Lo stesso accade anche nei lungo - sopravvissuti con neoplasia insorta in età adulta^(5,6,7); infatti con l'età il danno cardiotoxic del trattamento radio e/o chemioterapico può essere amplificato e/o anticipato dalla frequente coesistenza di cardiopatie subcliniche o dei classici fattori di rischio cardiovascolari.
- La ricerca farmacologica e clinica in oncologia negli ultimi anni ha compiuto notevoli progressi e l'armamentario terapeutico oncologico si è arricchito di nuovi farmaci, molto efficaci nell'interferire con i processi biologici responsabili della crescita e della diffusione metastatica dei tumori (Target Therapy). Tali farmaci tuttavia possono determinare la comparsa di complicanze cardiovascolari in grado di inficiare l'esito della cura dei pazienti. Il loro utilizzo richiede pertanto il frequente monitoraggio delle condizioni cardiache come ad esempio è raccomandato per il Trastuzumab, anticorpo monoclonale somministrato a cicli, per almeno 12

mesi in chemioterapia adiuvante, e per periodi più prolungati nelle terapie delle forme metastatiche di tumori mammari HER2+. I risultati dei Trial in chemioterapia adiuvante indicano che tale farmaco riduce del 40% circa la mortalità e la ripresa di malattia neoplastica, tuttavia espone le pazienti al rischio di sviluppare una disfunzione ventricolare e lo scompenso cardiaco⁽⁸⁾. E' inoltre consigliato il monitoraggio della funzione cardiaca per almeno 5 anni dopo il completamento della terapia non essendo al momento noto con chiarezza l'effetto a lungo termine. Infatti, i risultati provenienti dalle pazienti in chemioterapia adiuvante arruolate nei Trial in fase II - III, che indicherebbero il danno miocardico da Trastuzumab essere contenuto e spesso reversibile⁽⁹⁾, sembrerebbero essere messi in dubbio dalle osservazioni provenienti dai Registri di popolazione del "mondo reale"^(6,10). Il problema della cardiotoxicità dei nuovi chemioterapici può in realtà essere sottostimato, come ad esempio sembrerebbe accadere con altri nuovi agenti di sempre più largo utilizzo nella "Target Therapy": il Sunitinib ed il Sorafenib. Iniziali osservazioni indicherebbero di fatto che il danno cardiaco subclinico è di gran lunga più frequente di quello clinicamente manifesto e riportato negli studi di registrazione⁽¹¹⁾.

- La mancanza di certezze è la costante che caratterizza al momento

le nostre conoscenze in termini di cardiotoxicità da chemioterapia, e questo anche per il mutamento nella storia naturale e per l'aumento della sopravvivenza dei pazienti. Un tipico esempio è il caso delle antracicline: antibiotici chemioterapici molto efficaci ed ampiamente utilizzati nella cura dei tumori solidi e dei linfomi ma notoriamente cardiotossici e con effetto "dose dipendente". Sappiamo molto dell'effetto cardiolesivo delle antracicline: è potenziato dalla concomitante radioterapia, dall'associazione con altri farmaci virtualmente dannosi per il miocardio e dalla coesistenza dei fattori di rischio cardiovascolari tradizionali. Frequentemente il danno cardiaco si manifesta tardivamente, anche dopo 10 - 20 anni dalla fine della chemioterapia, come cardiomiopia clinicamente indistinguibile dalle altre forme di scompenso cardiaco a funzione sistolica ventricolare compromessa ma con prognosi peggiore rispetto alle forme ischemiche o non ischemiche⁽¹²⁾. Da anni è noto il concetto della "maximum lifetime cumulative dose" secondo cui non è raccomandabile superare 400 - 550 mg/mq di doxorubicina (750 - 1.000 mg/mq nel caso della epirubicina), perché superata tale dose aumenta esponenzialmente il rischio di sviluppare una cardiomiopia⁽¹³⁾. Tale assunto, maturato negli anni ottanta, sembrerebbe essere smentito dalle attuali osservazioni provenienti da grandi Registri internazionali sui lungo - sopravvissuti reduci dalla chemioterapia, che indicherebbero una sostanziale riduzione della "soglia" del dosaggio critico (> 250 mg/mq per la doxorubicina)

all'aumentare della sopravvivenza dei pazienti^(5,6).

In conclusione, lo sviluppo delle nuove terapie ed il prolungamento della sopravvivenza dei pazienti oncologici, sempre più anziani e con crescente carico di comorbidità, hanno di fatto creato una nuova categoria di pazienti ad elevato rischio di cardiopatia in generale e di sviluppo di scompenso cardiaco in particolare. La concomitante necessità di curare efficacemente la malattia neoplastica, rende di fatto complessa la loro gestione e richiede spesso un notevole sforzo organizzativo e culturale. La nostra proposta è di creare un gruppo di lavoro⁽¹⁴⁾ in cui Oncologi e Cardiologi possano confrontarsi, analizzare criticamente i dati della letteratura e della loro ampia popolazione di pazienti, raggiungere un consenso per una più corretta ed efficace gestione e follow - up dei pazienti, fornendo se possibile una risposta ad almeno tre domande fondamentali che richiedono una urgente risposta.

- 1) Possiamo predire con accuratezza chi è il paziente che svilupperà danno cardiaco?
- 2) Come dobbiamo comportarci con il paziente "cardiopatico" che deve essere sottoposto a chemioterapia potenzialmente cardiotossica?
- 3) Come dobbiamo monitorare e curare i pazienti che sviluppano cardiotoxicità?

Bibliografia

- 1) Altana R, Perik PJ, van Veldhuisen DJ, et Al. Cardiovascular toxicity caused by cancer treatment: strategies for early detection. *Lancet Oncol.* 2009 Apr;10(4):391-9
- 2) Gondos A, Bray F, Hakulinen T, et Al. Trends in cancer survival in 11 European populations from 1990 to 2009: a

model-based analysis. *Ann Oncol.* 2009 Mar;20(3):564-73.

- 3) Kattlove H, Winn RJ. Ongoing care of patients after primary treatment for their cancer. *CA Cancer J Clin.* 2003 May-Jun;53(3):172-96
- 4) Mulrooney DA, Yeazel MW, Kawashima T, et Al. Cardiac outcomes in a cohort of adult survivors of childhood and adolescent cancer: retrospective analysis of the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *BMJ.* 2009 Dec 8;339:b4606.
- 5) Doyle JJ, Neugut AI, Jacobson JS, Grann VR, Hershman DL. Chemotherapy and cardiotoxicity in older breast cancer patients: a population-based study. *J Clin Oncol.* 2005 Dec 1;23(34):8597-605.
- 6) Pinder MC, Duan Z, Goodwin JS, Hortobagyi GN, Giordano SH. Congestive heart failure in older women treated with adjuvant anthracycline chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol.* 2007 Sep 1;25(25):3808-15.
- 7) Hershman DL, McBride RB, Eisenberger A, Tsai WY, Grann VR, Jacobson JS. Doxorubicin, cardiac risk factors, and cardiac toxicity in elderly patients with diffuse B-cell non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol.* 2008 Jul 1;26(19):3159-65.
- 8) Dahabreh IJ, Linardou H, Siannis F, Fountzilas G, Murray S. Trastuzumab in the adjuvant treatment of early-stage breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Oncologist.* 2008 Jun;13(6):620-30.
- 9) Suter TM, Procter M, van Veldhuisen DJ, et Al. Trastuzumab-associated cardiac adverse effects in the herceptin adjuvant trial. *J Clin Oncol.* 2007 Sep 1;25(25):3859-65
- 10) Guglin M, Hartlage G, Reynolds et Al. Trastuzumab-induced cardiomyopathy: not as benign as it looks? A retrospective study. *J Card Fail.* 2009 Oct;15(8):651-7.
- 11) Schmidinger M, Zielinski CC, Vogl UM, et Al. Cardiac toxicity of sunitinib and sorafenib in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol.* 2008 Nov 10;26(32):5204-12
- 12) Felker GM, Thompson RE, Hare JM, et Al. Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 2000 Apr 13;342(15):1077-84.
- 13) Yeh ET, Bickford CL. Cardiovascular complications of cancer therapy: incidence, pathogenesis, diagnosis, and management. *J Am Coll Cardiol.* 2009 Jun 16;53(24):2231-47.
- 14) Lenihan DJ, Esteva FJ. Multidisciplinary strategy for managing cardiovascular risks when treating patients with early breast cancer. *Oncologist.* 2008 Dec;13(12):1224-34.

Il nuovo CCNL

della Dirigenza Medico - Veterinaria del SSN, biennio economico 2008 - 2009

II PARTE

di Domenico Gabrielli

Riprendiamo la sintesi del nuovo CCNL occupandoci ora della parte normativa, in particolare delle problematiche relative all'orario di lavoro, al codice di comportamento ed annesse sanzioni disciplinari ed alla copertura assicurativa. L'iter legislativo del CCNL è proseguito nel frattempo, infatti il giorno 8 aprile è stata siglata presso l'ARAN l'errata corrige della preintesa e sono state effettuate alcune precisazioni formali richieste dal Ministero dell'Economia. Il testo del contratto è stato dunque inviato alla Corte dei Conti per l'approvazione definitiva prevista entro il mese di aprile. Ricordiamo che per quanto riguarda l'orario di lavoro la proposta ARAN era di introdurre un orario minimo, abrogando, di fatto, le attuali 38 ore settimanali, e di introdurre il principio per il quale ritenere obbligatorio l'orario necessario al raggiungimento degli obiettivi, remunerandolo attraverso la retribuzione di risultato, nessuna delle due ipotesi è passata nella pre - intesa. Per quanto riguarda la copertura assicurativa, nell'art. 17

(Figura 1) sono enunciati i principi in materia formulati dalla commissione tecnica mista ARAN - Regioni - Sindacati costituita all'uopo e si è demandato alla stessa l'individuazione di criteri e percorsi attuativi per presentarli alle Regioni ed alle Aziende. Della responsabilità disciplinare si tratta al Capo II dell'intesa negli artt. che vanno dal 5 al 15, la trattazione approfondita sarà oggetto dei prossimi numeri della Rivista, al momento preme sottolineare che il D. Lgs 150/2009 (Decreto "Brunetta") ha introdotto una serie di indicazioni legislative in materia di codice di comportamento e sanzioni connesse non modificabili per via contrattuale e che l'ARAN aveva cercato di rendere sanzionabili gli esiti negativi delle valutazioni professionali e di imporre il non reintegro in servizio per i dirigenti il cui licenziamento sia dichiarato illegittimo in sede giudiziaria; per fortuna ambedue questi tentativi sono andati a vuoto, infatti non vi è traccia nel testo della sanzionabilità della valutazione professionale; sono state introdotte sanzioni intermedie che attenuano gli effetti del Decreto

Figura 1

Art. 17**Sistemi per la gestione del rischio e copertura assicurativa**

1. Le parti prendono atto che la promozione della cultura della sicurezza e della prevenzione degli errori nell'ambito della gestione del rischio e delle logiche del governo clinico rappresenta una condizione imprescindibile per migliorare la qualità dell'assistenza e per l'erogazione di prestazioni più coerenti con le aspettative dei cittadini.
2. Le Aziende sono tenute a dotarsi di sistemi e strutture per la gestione del rischio, costituite da professionalità specifiche ed adeguate secondo gli atti di indirizzo regionali in materia, e, nell'ottica di fornire trasparenza e completezza al processo di accertamento dei fatti, coinvolgono il professionista interessato nel sinistro in esame.
3. Al fine di individuare modalità di gestione e di ricomposizione dei conflitti, le Aziende ricercano mediazioni stragiudiziali e potenziano la trattazione del contenzioso, mediante lo sviluppo di specifiche competenze legali e medico-legali, nonché l'istituzione, senza oneri aggiuntivi, di appositi Comitati per la valutazione dei rischi.
4. I dirigenti devono avere un ruolo attivo sia nella corretta ed informata gestione del rischio che nelle attività connesse alla prevenzione dello stesso. A tal fine sono tenuti a partecipare annualmente alle iniziative di formazione aziendale, di cui all'art. 14, comma 4 del CCNL del 3 novembre 2005, garantendo un numero di ore annuali non inferiori a 20, secondo le linee di indirizzo regionali.
5. Le Aziende assicurano una uniforme applicazione della disciplina contrattuale vigente in materia di copertura assicurativa della responsabilità civile, anche in coerenza con le risultanze dei lavori della Commissione paritetica per la copertura assicurativa di cui all'art. 16 del CCNL del 17 ottobre 2008.
6. Per le finalità di cui al comma 5, le polizze assicurative contengono i seguenti elementi:
 - a. l'oggetto della copertura assicurativa,
 - b. la validità temporale della medesima,
 - c. la definizione di massimali adeguati
 - d. la definizione di clausole per il recesso dal contratto
 - e. l'individuazione di obblighi reciproci tra compagnia e contraente /assicurato in merito alla gestione dei sinistri.
7. Resta fermo che le risorse disponibili sono quelle già destinate dalle Aziende alla copertura assicurativa.
8. Ai fini di cui al comma precedente, le Regioni forniscono le necessarie linee di indirizzo sulle materie di cui al presente articolo e ne verificano l'effettiva e conforme attuazione da parte delle Aziende.
9. Nell'ambito del sistema delle relazioni sindacali, le Aziende forniscono periodicamente una adeguata, tempestiva e completa informazione alle OO.SS. circa le eventuali iniziative in materia di garanzie assicurative, nonché di prevenzione e gestione del rischio, anche per quanto riguarda il monitoraggio degli eventi potenzialmente produttivi di danno.

“Brunetta” ed è stato sancito il diritto al reintegro in servizio per il Dirigente licenziato in maniera “illegittima”; altro dato importante è l’inserimento di procedure e principi che tendono

a rendere migliore la possibilità di difesa del singolo ed a ridurre la soggettività ed il possibile arbitrio delle aziende, alle quali è posto obbligatoriamente in capo l’onere della prova.

Rimandiamo ai prossimi appuntamenti per le ulteriori novità sull’iter del CCNL e per una più approfondita interpretazione dello stesso.

Un male sommerso: le infezioni ospedaliere

di Ornella Mafrici

Le infezioni ospedaliere sono sotto i riflettori. A seguito degli ultimi avvenimenti di cronaca (due neonati deceduti a distanza di pochi giorni, nel dicembre 2009, presso lo stesso reparto di un ospedale di Foggia per i quali si ipotizza una setticemia) si è tornato a discutere delle I.O., problematica dibattuta in ambito sanitario ma non risolta, con inevitabili riflessi sulla Sanità pubblica (anche in termini di costi) e sul contenzioso giudiziario. Le controversie aventi ad oggetto le infezioni nosocomiali sono in progressivo aumento rispetto al

passato in cui rinveniamo invece un numero limitato di sentenze. Ciò è dovuto al fatto che nel nostro Paese solo in tempi recenti si è aperto il dibattito sullo stato epidemiologico degli ospedali. Il che ha avuto quale effetto la domanda risarcitoria per gli aspetti del danno alla salute derivanti dalle infezioni contratte in ambiente ospedaliero, normalmente deputato alla cura ed alla salute. Secondo i dati pubblicati dall'ISS, negli ospedali italiani, ogni anno sono dai 450 mila ai 700 mila i pazienti che contraggono infezioni ospedaliere, tra i 4.500 ed i 7.000 individui non sopravvivono e

viene indicata nel 30% la misura di contagi evitabile attraverso misure preventive. La situazione è allarmante se si considera che il problema delle I.O. è assai risalente. Se pensiamo che già Terenzio Marrone (116 - 27 AC) aveva intuito l'esistenza di animali piccoli ed invisibili causa di malattie e che nel suo "rerum rusticarum de agricultura" scriveva di "animalia quaedam minuta quae non possunt oculi consequi et per aera intus in corpus per os ac nares perveniunt, atque efficiunt difficiles morbos" ed anche se bisogna arrivare al 1800 per accertare che i microbi nascono dai





microbi (Kock e Pasteur), già nel 1846 Semmelweiss, nel riconoscere le I.O., introdusse una pratica ancora oggi efficace, anche se trascurata, per prevenirle e cioè quella del lavaggio delle mani oltre al divieto, per i medici che avevano assistito ad autopsie, di avvicinarsi al letto dei pazienti. Nello stesso periodo (1860) l'infermiera Nightingale ed il Chirurgo Simpson ipotizzarono che l'Ospedale, in ipotesi di sovraffollamento e di riduzione del livello di igiene, potesse essere causa di aumento della mortalità. Negli Stati Uniti il monitoraggio delle I.O. è stato avviato negli anni cinquanta e nel settanta è stato istituito il primo sistema di sorveglianza, su base volontaria, denominato NNIS (National Nosocomial Infectio Study)); in Europa ed in Italia l'approccio con il fenomeno è relativamente recente. Il Ministero della Sanità oggi della Salute, con circolari n.ri 52/85 e 8/88, aventi ad oggetto la "lotta alle I.O.", recependo le raccomandazioni europee, ha previsto l'istituzione, presso ogni presidio ospedaliero, di una Commissione per le infezioni ospedaliere (CIO) con compiti di prevenzione e di controllo. La necessità di tale Commissione è stata confermata, con Decreto del 13.09.1998, <<al fine di accertare la qualità dell'assistenza sanitaria per conferire maggiore professionalità agli atti tecnici essenziali>>. Dunque, nonostante che, da circa venti anni, sia stata posta l'attenzione sui fattori di rischio delle I.O., siano state indicate misure di controllo e di prevenzione e siano state dettate Linee Guida e protocolli, dalle indagini statistiche emerge, da un lato, una crescita di pazienti sensibili alle infezioni ed una

maggiore diffusione di procedure invasive con conseguente aumento del rischio infettivo, dall'altro, una evidente inadeguatezza della normativa ed in particolare proprio di quella riguardante i controlli sugli aspetti igienico - sanitari delle Strutture ospedaliere. E' noto che le I.O. colpiscono, in genere, i pazienti ospedalizzati e che possono insorgere tanto durante il ricovero in ospedale quanto dopo le dimissioni del paziente; le I.O. non risparmiano neppure il personale sanitario addetto all'assistenza ai malati. Si tratta di una vera e propria "piaga" dilagante per la quale si fa poco o nulla se si considera che il Comitato di controllo esiste solo nel 20 - 30% degli ospedali. Il che significa che otto ospedali su dieci non hanno nessuno che controlli e prevenga il rischio di infezioni (fonte: Università Cattolica Policlinico Gemelli). Secondo una recente decisione del Tribunale capitolino, il Ministero della Salute non è tenuto a rispondere delle infezioni nosocomiali. Sul piano causale, infatti, il Ministero non ha specifici obblighi di sorveglianza in materia di condizioni degli ambienti ospedalieri ma solo di vigilanza della gestione delle aziende sanitarie e sull'attuazione del piano sanitario nazionale. In ogni caso il controllo sarebbe a campione ed occasionale e non potrebbe escludere la contaminazione batterica astrattamente riconducibile anche a fattori estemporanei, quali, a titolo di esemplificazione, le modalità di disinfezione della cute interessata dall'intervento, le modalità di asepsi e dell'uso di drenaggi individuate nel concreto (fonte: DoctorNews 10.11. 2009). Ne consegue che il paziente affetto da I.O., a

prescindere dalla eventuale colpa del medico, potrà chiedere il risarcimento dei danni alla struttura ospedaliera che, essendo tenuta alla prestazione sanitaria nel suo complesso (contratto di spedalità), deve garantire oltre che la diagnosi e la cura, prestazioni di tipo organizzativo connesse all'assistenza pre e post operatoria, alla sicurezza delle attrezzature, dei macchinari, alla sterilità dei locali e che, in un eventuale giudizio, avrà l'onere di dimostrare di avere adottato tutte le misure necessarie per evitare l'infezione. Le sentenze civili sono inevitabilmente sfavorevoli nei casi in cui la tipologia batterica è di tipo ospedaliero o nei casi in cui vi è la prova che più pazienti, negli stessi giorni e negli stessi ambienti, hanno contratto il medesimo tipo di infezione. Spesso, nelle ipotesi in cui la responsabilità non è così evidente, le strutture non sono in grado di esibire in giudizio documentazione in materia di prevenzione e di sorveglianza delle infezioni o di dare, a posteriori, prove utili per dimostrare che l'infezione non poteva essere evitata. Quando poi, a distanza di tempo, non è possibile individuare il determinato fattore che ha veicolato l'infezione, in assenza di prova contraria da parte dell'ospedale, il nesso causale sarà giudizialmente accertato su basi statistiche e probabilistiche. Si profilano così condotte negligenti ed imprudenti all'origine dell'infezione, imputabili, tanto ai vertici dirigenziali delle aziende, per mancanza di direttive in materia, quanto in capo ai sanitari, per la mancata applicazione della procedura di prevenzione.




La persona tra cuore, ragione e sentimento

di Maria Luisa Morrone

«Il cuore ha le sue ragioni, che la ragione non conosce: lo si osserva in mille cose. Il cuore ama naturalmente l'Essere universale, e naturalmente sé medesimo, secondo che si volge verso di lui o verso di sé; e che si indurisce contro l'uno o contro l'altro per propria elezione». Così Shakespeare dà riflessione del cuore. Anche Seneca dice: «Ciò che il cuore conosce oggi, la

testa conoscerà domani». Per Galeno: «Noi conosciamo la verità non soltanto con la ragione, ma anche con il cuore». Eppure la parola cuore sa esprimere, dalla sua sede, affetti, sentimenti ed emozioni proprio come l'esistenza dello spazio, del tempo, del movimento, dei numeri. Non ha parole il cuore! Ma dove e quando «le parole ci stancano, risalgono da un'acqua lapidata; forse il cuore ci re-

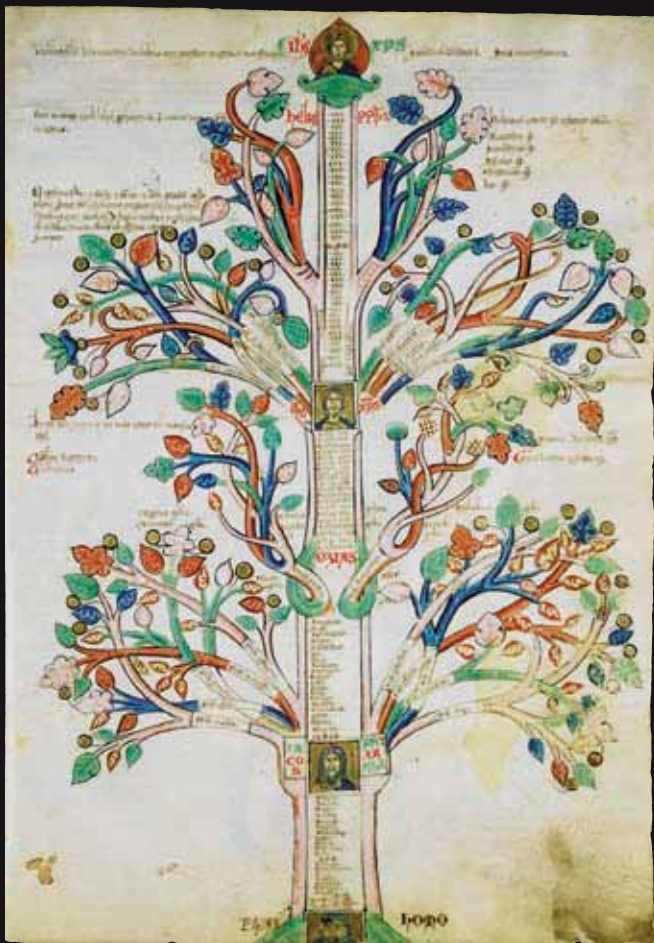
sta, forse il cuore», dice Quasimodo. «Ovunque tu vada, vacci con il tuo cuore» suggerisce Confucio. A volte sono proprio le persone con «L'aria di essere scettici... ma sono proprio questi» per Corrado Alvaro: «I tipi che all'occorrenza hanno cuore, sono generosi». In Nazim Hikmet, nella *Sinfonia di Mosca* dal Libro settimo, compare un quadro poetico: «In questo momento vorrebbe aprirsi il



petto, strapparsi via il cuore e darlo tutto intero alle genti che ama>>. Il cuore: strumento di ribellione profonda, con la forza del contagio, e il sentimento di amore per tutta la vita. Presente è anche colui o colei che è senza cuore, con cattiveria e insensibilità, crudele, appunto <<Un uomo senza cuore!>>, rispose Lucia, nei *Promessi Sposi* voltandosi e trattenendo a stento le lacrime. Un cuore che condanna, che punisce perché tanto malvagio come il leggendario Sisifo. Chi è a cuor leggero è, invece, colui che non riflette, che senza valutare (i rischi) si addentra troppo nelle questioni difficili e mette in pericolo la propria e altrui vita. Una corretta precisazione di Viani fa capire dove il cuore è situato <<in modo obliquo e a sinistra, muscoli impari di forma irregolare>>. Sappiamo della sua posizione, della funzionalità, della dimensione, della struttura e anche del suo rumore bioritmico, della frequenza regolare o irregolare, di controllo e non, della malattia, della paura. In una citazione Moravia <<Aspetto... che l'ansito e i battiti del cuore si fossero calmati, ma non si calmavano: il cuore pulsava, saltava con fracasso nel suo petto>>. Si può restare a "Cuore sospeso" per l'ansia, per l'aspettazione inquieta e timorosa. Il cuore può tacere o ancora prima scoppiare, fermarsi o avere bisogno di essere sostituito "a cuore aperto" si lascia toccare, staccare... buttare ...ci "tocca il cuore". L'amore, dice Gervaso: <<Ci fa chiudere gli occhi, spalancandoci il cuore>>. Ci sono mille modi di dire: "Col cuore in gola", "Col cuore in mano", "Col cuore" per essere e per saper dare, anche agli altri. Ancora: "Col cuore sulle

labbra", "A cuor contento" o "Con cuor di leone" o "Con cuor d'oro", "Di buon cuore", dunque con l'intensità del sentimento, con tutto l'animo, con bontà, generosità, sensibilità, delicatezza, amicizia, sincerità, vivo affetto, buon grado, con forte coraggio. Ma si può anche "Colpire al cuore" o si può essere "Con la morte nel cuore" in preda ad uno sconforto profondo, ad una amara disperazione. In alcuni versi di De Pisis: <<Per quali sentieri tenebrosi/ o fioriti/ passa per giunger fino a me/ la tua mano leggera/ come ala e brivido?/ L'attendo talora con cuore sospeso/ in una strana agitazione,/ la colgo a volo nel buio>>. Si può "Spezzare il cuore" causando dolore immenso. Si può "Stringere il cuore" e vivere angustiato, rattristito. Si può "Toccare il cuore" muovere a pietà, a commozione. Alvaro: <<Qualunque libro o foglio tra le mani di chiunque è un fatto bellissimo e utilissimo, e a volte tocca il cuore come vedere il primo libro di lettura fra le mani di un bambino>>. E' come sentire "Un tuffo al cuore", dunque, provare una emozione forte ed improvvisa. E ancora "Ridere di cuore" con gusto o "Piangere al cuore" ad indicare rammarico, dolore, dispiacere intenso. "Mettersi o non il cuore in pace", tranquillizzarsi, rassegnarsi all'inevitabile o al contrario reagire di istinto o di ragione. <<Dormi in pace! Perché lo Spirito d'Amore regna sovrano, e stringendo al tuo cuore appassionato colei che è Ermengarda, tu sei sciolto, per ragioni che ti saranno rese note in Cielo, dai tuoi voti verso Eleonora>>. Il poeta Poe in *Eleonora* non dimentica ciò che il cuore conserva dopo la morte. L'amore si spiega meglio col

cuore: "Avere nel cuore una persona", amarla molto. Manzoni nei *Promessi Sposi*, quando si diffondeva a parlare sul costume delle giovani, le quali diceva: <<Quando hanno nel cuore uno scapestrato (ed è lì che inclinano sempre) non se lo staccano più>>. "Donare il cuore" a qualcuno è innamorarsene e amarlo fedelmente. Ma anche "Avere a cuore una cosa" significa tenerla in gran pregio, in gran conto. Anche guadagnare la benevolenza di qualcuno significa non essere solo, ma far parte di un gruppo, di una squadra e Cassola, a tale proposito, ci rammenta: "Amico di cuore". Il cuore può avere le sue ragioni ma la ragione il suo cuore! Non può esistere una ragione scissa dal cuore e viceversa. Eppure succede: la persona che si trova in conflitto tra le pulsioni emotive ed i richiami della razionalità vive vere e proprie patologie della mente e del corpo. Sono la neurologia e la psichiatria ad occuparsi dell'aspetto nervoso-mentale e psicofisico dell'individuo. Fino a qualche tempo fa si pensava al funzionamento del cervello distaccato da quello del cuore, oggi la Medicina orientale e quella occidentale concordano nell'affermare una stretta relazione tra cuore e ragione. E' per questo che molte patologie cardiache traggono beneficio dalla forza della ragione e molte altre patologie neurologiche trovano soluzioni con i sentimenti che solo il cuore ha in sé e nel sé altrui. <<Il vero amore è quando il tuo cuore e la tua mente dicono la stessa cosa>> (L. Bartram).



Alle proprietà delle tre persone divine corrispondono le tre dimensioni spirituali della persona umana (nell'azione siamo simili al Padre, nell'intelletto al Figlio e nell'amore allo Spirito Santo) e le tre età della storia (quella del Padre ha dato la legge, quella del Figlio la grazia, quella dello Spirito Santo darà una maggiore grazia)

Memoria e profezia nel messaggio di Gioacchino da Fiore

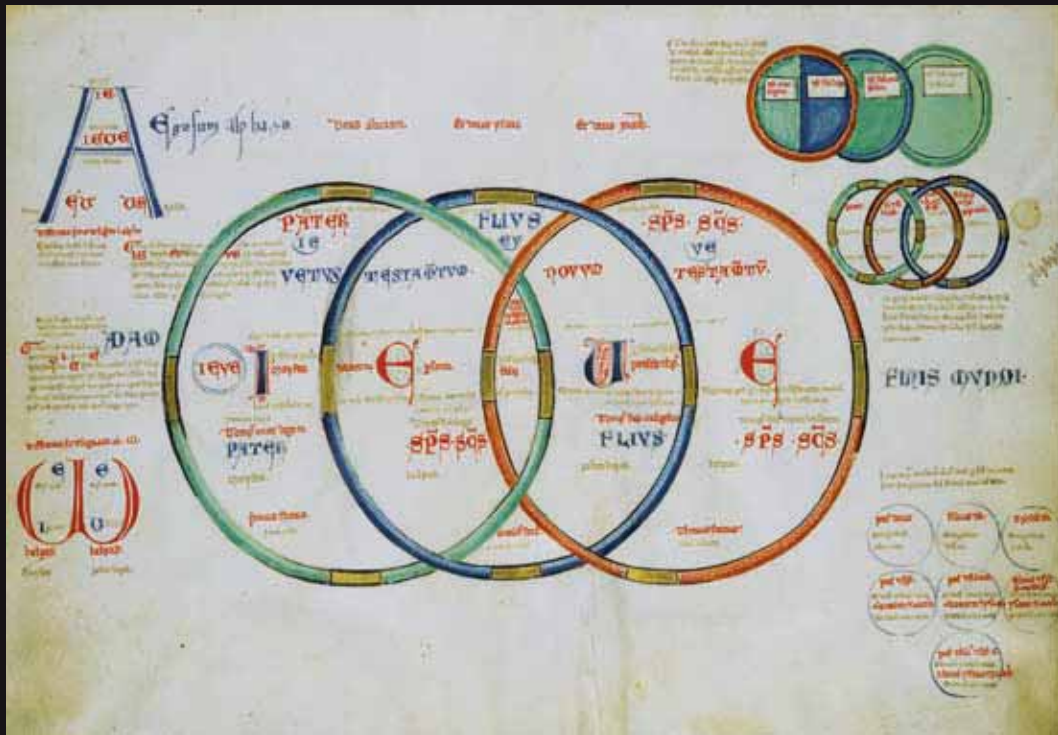
Una originale Antropologia e una originale Teologia della storia fondate sul modello dinamico della Trinità

di Salvatore Angelo Oliverio

La migliore introduzione alla Teologia profetica di Gioacchino da Fiore (1135 - 1202) è costituita dall'attacco di una delle sue opere principali, il *Liber de concordia Noui ac Veteris Testamenti*: «<Per noi che non abbiamo in questo mondo una eredità perpetua, ma ne cerchiamo una futura, niente può essere più salutare ed utile che ricordarci dei giudizi del Signore, che emergono dalla storia, e in base al loro confronto e alla loro lezione considerare i limiti delle

cose e pensare continuamente quanto niente valga ogni cosa che con piacere possediamo ma che col tempo dovremo lasciar>>. Gioacchino dichiara che la storia, pur essendo liberamente prodotta dall'uomo e sovente scossa dalla potenze del male, si svolge secondo "i giudizi del Signore". L'uomo è responsabile dell'evento, ma solo Dio guida il mutamento. Dio mantiene il controllo della storia ed essa procede secondo il suo piano. Dio, dunque, ci parla e ci ammonisce

anche attraverso il linguaggio pesante degli avvenimenti, che ci svelano il loro significato solo se noi sappiamo "confrontarli" e farli "concordare" tra di loro. Fatti, protagonisti, istituzioni e tratti particolarmente significativi del corso della storia vanno messi in rete, immersi nel campo dinamico della "concordia", nel quale essi si corrispondono e si associano per affinità e per significato disponendosi in una suggestiva costellazione di plessi esegetici.



L'ermeneuta costruisce in tal modo numerose catene diacroniche, che possono anche assumere policrome forme arboree o geometriche, all'interno delle quali ogni accadimento è "figura" o "tipo" di quelli successivi, i quali ne compiono il significato ad un livello più avanzato e profondo. Il tempo dell'Antico Testamento è durato sino alla prima venuta di Cristo. Il tempo del Nuovo Testamento continuerà sino alla seconda venuta di Cristo, che segnerà la fine della storia. Non tutti gli eventi del Nuovo Testamento si sono ancora realizzati. Per Gioacchino, l'Apocalisse di Giovanni racconta anche gli eventi con i quali si concluderà la storia della salvezza: l'età dello Spirito Santo nella forma del millennio sabbatico (Apoc. 20), l'ultimo drammatico e vittorioso scontro con le potenze del male (Gog e Magog), la seconda venuta di Cristo, la resurrezione dei morti, il giudizio finale e l'avvento della Gerusalemme celeste. L'ermeneutica biblico-concordistica di Gioacchino si spinge sino alla fine dei tempi, nella profondità del futuro. Nella calcolata e sapiente tabulazione sinottica degli insiemi esegetici non solo si chiarisce il senso delle cose accadute e presenti, ma prendono anche forma, per proiezione, le cose venienti e nuove, sino alle ultime,

gli eskata, posti al confine dell'eterno. Gli eventi ultimi, se intravisti, ci consentono di capire e di misurare quelli passati e di governare quelli presenti. Paradossalmente la chiave di comprensione della storia, come dell'esistenza umana, sta nel futuro, non nel passato. Questa originale forma di profezia non è visionaria, né immediata, né automatica, né intuitiva, ma deriva dal faticoso esercizio dell'intelletto. La profezia di Gioacchino nasce dal sapere intorno alla storia che gli deriva dalla penetrazione esegetica e dalla spiritualis intelligentia delle Scritture. Vivendo in un'epoca in cui la Cristianità si sentiva insidiata dall'aggressione islamica e la Chiesa era spiritualmente debole, l'abate calabrese presagiva come imminente la persecuzione dell'Anticristo designato nella settima testa del mostro apocalittico. Uomini rinnovati, "viri spirituales", sconfiggeranno l'Anticristo e la sua sequela sotto la guida di un "praedicator veritatis", che Gioacchino identifica con l'angelo possente e luminoso di Apocalisse 10. Dopo di che inizierà il settimo tempo della Chiesa, che da "carnalis" sarà divenuta "spiritualis". Questo settimo tempo coinciderà con l'età dello Spirito Santo, promesso e inviato da Cristo. L'età dello Spirito è prospettata da Gioacchino come pie-

nezza dell'età del Figlio, come tempo sabbatico della piena esplicazione del Verbo. In essa vi sarà una maggiore effusione della grazia di Cristo attraverso l'opera dello Spirito Santo. Sarà un tempo di pace fondata sulla giustizia e di giustizia fondata sulla carità. Gli uomini godranno della vera libertà, quella garantita dalla diffusione dei valori spirituali; infatti, "come dice l'Apostolo, dov'è lo Spirito del Signore, ivi è la libertà". La terza età è proprio la massima compenetrazione possibile, all'interno della storia, tra la città di Dio e la città terrena, che in Sant'Agostino rimangono irriducibilmente lontane e contrapposte. L'economia della salvezza ha il suo centro in Cristo, ma il tempo dopo Cristo non è privato dell'iniziativa di Dio. Gioacchino ridà dignità all'intero tempo della storia; riaccende la speranza nel futuro liberando l'umanità dalla morsa dell'angoscia escatologica, dalla convinzione diffusa e paralizzante che ormai tutto fosse già compiuto e che la storia stesse per finire. Il suo messaggio costituirà un potente fattore di dinamismo e toccherà l'anima di quanti lotteranno per il progresso dell'umanità, diramandosi nei rivoli di una vasta, complessa, continua e tuttora viva posterità culturale e spirituale.

Rainer Maria Rilke: l'alfiere delle elegie amorose

di Silvana Ruffolo



Rainer nasce a Praga nel 1875 da modesta famiglia. Precocemente dotato di una spiccata sensibilità artistica, verrà incoraggiato dalla madre a seguire la sua vocazione. Studiò nella sua città natale e poi a Monaco e Berlino. La prima raccolta di poesie è del 1894, "Vita e canti". Viaggiò in Europa, Africa e Russia spesso accompagnato dalla scrittrice Lou Andreas Salomè (già amica di Nietzsche e in seguito collaboratrice di Freud) che lo introdusse nel mondo aristocratico e alla quale dedica un diario composto a Firenze nel 1898 da cui emerge l'influsso del pensiero di Nietzsche. Decisivo per il suo lirismo religioso successivo fu il viaggio in Russia e l'incontro con Tolstoj (1899 - 1900). Tra il 1899 e il 1900 pubblica le tre parti del "Libro d'ore". L'incontro a Parigi con Rodin, di cui fu segretario, e con Cezanne, segna una trasformazione profonda della sua personalità ormai avviata verso un intimismo esistenziale influenzato da Kierkegaard. Le "Elegie Duinesi" (1911 - 1923) e i "Sonetti ad Orfeo" (1923) insieme alle postume "Poesie estreme", segnano il culmine della sua produzione poetica interrotta prematuramente dalla morte per leucemia avvenuta all'età di 51 anni nel sanatorio svizzero di Montreux. Già nelle opere giovanili la sua attenzione è all'"anima" delle cose, alla memoria, al vago tralucere della luce divina. Nelle "Lettere ad

un giovane poeta", scritte tra il 1903 ed il 1908, e che rappresentano una sorta di breviario poetico, si ritrovano alcune idee fondanti della sua visione artistica quali: la solitudine nutrice dell'opera, la poesia come slancio assoluto verso la creazione, l'originalità come naturalezza e spontaneità, ossia rifiuto di ricalcare sentieri già tracciati. Ma è nelle ultime opere ("Sonetti ad Orfeo" ed "Elegie duinesi") che la poetica di Rilke raggiunge il punto di massimo splendore ed equilibrio. In questa fase si sviluppano alcuni motivi ricorrenti: la vita e la morte come unico processo circolare, e la natura come allegoria. Il viaggio dell'Orfeo rilkeano narra di uno sguardo declinato verso inaccessibili silenzi, ma nello stesso tempo pronto a carpire ciò che resta delle cose in loro assenza. Orfeo perde Euridice, così come un poema la sua possibilità di compiersi. È in quel vuoto, che in Rilke assume il significato di presenza, che è tracciato il destino di colui che "deve" rinunciare a possedere l'oggetto del proprio desiderio. Sulla stessa linea di pensiero si inseriscono le "abbandonate" delle Elegie duinesi: le innamorate solitarie come creature elette, che con la perdita dell'amato si sono viste spalancare la strada del puro ed eterno amore perché ormai irraggiungibile. La magia di Rilke sta nell'aver saputo trasmutare un sentimento dolce ma passivo come la nostalgia in amore fervido che non conosce brama.



Tratte dalla raccolta "Poesie d'amore"
di Rainer Maria Rilke

La notte prende in segreto dai tuoi capelli
dimenticati riflessi tra le pieghe della tenda.
Guarda, desidero soltanto le tue mani tra le mie
e quiete e silenzio e in me profonda pace.

Così la mia anima s'accresce e spezza in mille
schegge la monotonia dei giorni; e si fa immensa:
sul suo molo al chiarore dell'alba
muoiono le prime onde dell'eternità.

(1896)

Spegni i miei occhi io ti vedrò lo stesso,
sigilla le mie orecchie: io potrò udirti,
e senza piedi camminare verso te
e senza bocca tornare ad invocarti.
Spezza le mie braccia ed io ti stringerò
con il mio cuore che si è fatto mano,
arresta i battiti del cuore, sarà il cervello
a pulsare e se lo getti in fiamme
io ti porterò nel flusso del mio sangue.

(1897)

Vorrei donarti un amore
che ci renda confidenti:
un pensiero dal mio giorno
dalla mia notte un sogno.
È come se ci trovassimo beati e tu
gioiello dentro un palmo che si schiude
liberassi dalle mie mani stanche
la tenerezza mai bramata.

(1897)

Chiedimi: cosa c'era nei tuoi sogni
prima che io vi portassi il mio maggio?
Un bosco. La tempesta scosse gli alberi
e ovunque sui sentieri scese il buio.

C'erano castelli in fiamme,
uomini che si davano battaglia con la spada,
donne vestite a lutto che in lacrime
portavano monili oltre le soglie.

C'erano bambini, seduti alle sorgenti,
e venne sera e per loro cantò,
cantò tanto che sulla sua dolce melodia
smarrirono la strada nel ritorno.

(1898)

Come posso trattenere la mia anima
Perché la tua non sfiori? Come
sollevarla oltre di te verso altre cose?
Ah nasconderla vorrei nel buio
di un perduto esilio, in un punto
muto e ignoto dove non sia più eco
al palpito che sale dalle tue profondità.
Ma tutto, tutto ciò che ci tocca, te e me,
ci prende insieme come quando, a un colpo d'arco,
un suono scaturisce da due corde.
Su quale strumento siamo tesi?
E quale violinista ci possiede?
O dolce canto.

(1907)

Bernini scolpisce Apollo e Dafne: “la forma che fugge”

di Mario Chiatto

Gian Lorenzo Bernini (Napoli, 7 dicembre 1598 - Roma, 28 novembre 1680) definito il “gran Michelangelo del suo secolo”, fu il più importante interprete dello spirito barocco di cui si intrise la cultura romana e internazionale a partire dal 1620. L’altissima fama, la stima e l’amicizia dei potenti, goduta fin dall’inizio della sua attività, furono il segno più evidente della perfetta rispondenza del “cavalier” Bernini alle esigenze del suo tempo. In lui l’impeto dello scultore e la grandiosità di concezione dell’architetto furono sempre sostenuti da un’assoluta fede nei principi dell’arte barocca. La città papale costituì quindi lo spazio dell’esperienza creativa di Bernini e l’artista trasformò Roma nello specchio del suo tempo. La formazione di Gian Lorenzo Bernini si svolse al fianco del padre Pietro. La sua educazione fu indirizzata verso lo studio dei grandi del Rinascimento, dei marmi antichi delle raccolte vaticane e di alcuni pittori come Annibale Carracci e Caravaggio. Guardò con particolare ammirazione verso la statuaria greca, in particolare alle opere della tarda antichità ellenistica: il Laocoonte, l’Antinoo del Belvedere furono i suoi principali modelli d’ispirazione. Il primo e più importante committente del Bernini fu il Cardinale Scipione Borghese, esperto conoscitore e collezionista di opere d’arte. Nel 1618 Scipione Borghese commissionò al Bernini una serie di sculture per la sua villa - museo e l’artista creò per l’ocasio-

ne un gruppo di opere a contenuto mitologico. Traduzione fedele del racconto desunto dalle “Metamorfosi” di Ovidio è il gruppo con Apollo e Dafne. La storia rappresentata riprende il mito di Dafne la ninfa che, per sfuggire alla brama di Apollo, chiese aiuto alla madre Gea che la trasformò in una pianta d’alloro. In quest’opera, capolavoro assoluto dell’arte del Bernini, l’artista concentra il suo interesse sulla resa dei corpi in movimento e sul loro rapporto con lo spazio circostante. Qui il coinvolgimento dello spettatore è giocato sull’empatia che egli è portato a provare per i due protagonisti del dramma: un’empatia che è resa possibile da una capacità sovrumana di intagliare la pietra, grazie alla quale i due personaggi sembrano davvero di carne e l’opera intera pare in movimento. Con la magia che era stata di Caravaggio, Bernini blocca per sempre nel marmo un singolo fotogramma di una pellicola frenetica, una scena concitata che appare come gelata da un’improvvisa glaciazione, riuscendo a fondere il momento della corsa con quello subito successivo della metamorfosi, e riuscendo soprattutto nella grandiosa impresa

di “scolpire lo stato d’animo dei due protagonisti”. Sul piedistallo della scultura due versi latini ricordano che <<chiunque insegue il piacere di una forma fugace, resta con un pugno di foglie in mano, o al massimo coglie bacche amare>>. Si tratta di una lettura moraleggiante, concepita per adeguare alla dimora di un Cardinale quest’opera tanto sensuale.



**CON IL TUO CONTRIBUTO STIAMO RAGGIUNGENDO
IMPORTANTI RISULTATI**

**CONTINUA A SOSTENERE LA RICERCA
AIUTA LA FONDAZIONE CON IL**

5 PER MILLE

FIRMA NEL RIQUADRO:

"FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DELLA RICERCA SANITARIA"

E INDICA IL CODICE FISCALE

94070130482

grazi e!



per il tuo cuore

Fondazione Italiana per la Lotta
alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS

Per conoscere finalità ed iniziative della Fondazione e per le altre modalità di donazione visita il sito: www.periltuocuore.it



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

